جـامعــة حــلـــب
كلية الطب البشري
قسـم الجــراحــة

التدبير الجراحي لاختلاطات القرحة العفجية

رسالة قدمت لنيل شهادة الدراسات العليا في الجراحة العامة

أعدها طالب الدراسات العليا
الدكتور : أحمد أمين

2010 ـ 1431

جامعة حلب
كلية الطب البشري
قسم الجراحة

التدبير الجراحي لاختلاطات القرحة العفجية

رسالة قدمت لنيل شهادة الدراسات العليا في الجراحة العامة

أعدها طالب الدراسات العليا الدكتور

أحمد أمين

بإشراف الأستاذ المساعد الدكتور

عادل بساطة

قسم الجراحة. كلية الطب. جامعة حلب

2010 ــ 1431

جـــامعـــة حـــــلب
كليةالطب البشـــري
قســم الجــــراحة

التدبير الجراحي لاختلاطات القرحة العفجية

رسالة قدمت لنيل شهادة الدراسات العليا في الجراحة العامة

أعدها طالب الدراسات العليا الدكتور

أحمد أمين

بإشراف الأستاذ المساعد الدكتور

عادل بساطة

قسم الجراحة. كلية الطب. جامعة حلب

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات نيل شهادة الدراسات العليا
في اختصاص الجراحة العامة من كلية الطب البشري في جامعة حلب

1431 ــ 2010

شهادة

أشهد بأن العمل الموصوف في هذه الرسالة هونتيجة بحث قام به المرشح:

الدكتور أحمد علي أمين طالب الدراسات العليا في قسم الجراحة ــ شعبة الجراحة العامة

من كلية الطب البشري في جامعة حلب ، تحت إشراف الأستاذ المساعد :

الدكتور عادل بساطة قسم الجراحة ــ شعبة الجراحة العامة من كلية الطب في جامعة حلب.

وأي رجوع إلى بحث آخر في هذا الموضوع موثق في النص.

المرشح
د.أحمد علي أمين

المشرف على الرسالة
أ.م.د. عادل بساطة

تصريح

أصرح بأن هذا البحث (التدبير الجراحي لاختلاطات القرحة العفجية) لم يسبق أن قُبل للحصول على أية شهادة، ولا هومقدم حالياً للحصول على أية شهادة أخرى.

المرشح

د.أحمد علي أمين

نوقشت هذه الرسالة بتاريخ   /   / 2010 م وأجيزت.

عضو	**عضو**	**المشرف على الرسالة**
		أ.م.د. عادل بساطة

كلمة شكر

لا يسعنا ونحن في نهاية هذه المرحلة المَفْصِلِيَّة من حياتنا إلا أن نتوجه بفائق الشكر وعظيم الامتنان إلى أساتذتنا الكرام الذين مدّوا لنا يد العون في تحصيلنا العلمي والعملي، والذين لم يبخلوا علينا بعلمهم وخلاصة تجربتهم فكانوا منبع العلم والخبرة الذي رَوِينا وتزودنا منه بما سنظل نذكره ونحن نبحر في محيط الجراحة الواسع.

وأخص بالشكر الأستاذ الدكتور عادل بساطة الذي تفضل مشكوراً بالإشراف على رسالتي هذه ، فكان خير ناصحٍ وخير دليل .

إلى كل أساتذتنا في كلية الطب ، إلى أساتذتنا في قسم الجراحة ... شكراً لكم

د. أحمد علي أمين

Aleppo University
Faculty of Medicine
Department of General Surgery

Surgical Treatment of Duodenal Ulcer Complications

Thesis for Master Degree in General Surgery

Submitted by
Dr.Ahmad Amin

1431 - 2010

الفهرس العام

فهرس المواضيع

الموضوع	الصفحة

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

فهرس المخططات

Aleppo University
Faculty of Medicine
Department of General Surgery

Surgical Management of Duodenal Ulcer complications

Thesis for Master Degree in General Surgery

Submitted by
Dr.Ahmad Amin

Supervised by
Dr. Adel Bsatah
Assistant Professor in General Surgery
Faculty of Medicine - Aleppo University

1431 – 2010

Aleppo University
Faculty of Medicine
Department of General Surgery

Surgical Management of Duodenal Ulcer complications

Thesis for Master Degree in General Surgery

Submitted by
Dr.Ahmad Amin

Supervised by
Dr. Adel Bsatah
Assistant Professor in General Surgery
Faculty of Medicine - Aleppo University

Submitted in partial Fulfillment of requirements for
Master Degree in General Surgery at
Faculty of Medicine - Aleppo University

1431 – 2010

Certification

It is hereby certified that work described in this thesis is the Results of the candidate's own investigation under the Supervision of Dr. Adel Bsatah , Assistant Professor at the Department of General Surgery, Faculty of Medicine, Aleppo University, and any Reference to Other Researcher's work has been dully Acknowledged in the text.

Candidate	Supervisor
Dr.Ahmad Amin	Dr. Adel Bsatah
	Assistant Professor , Departmentof Surgery

Declaration

It is hereby I declare that this work (Surgical Management of Duodenal Ulcer Complications) has not already been accepted for any degree, nor it is being ubmitted at present for any other degree.

Dr.Ahmad Amin

(Candidate)

المقدمة

تعد القرحة الهضمية من الآفات الشائعة عالمياً ، حيث تبلغ نسبة الإصابة بها خلال الحياة حوالي 10% .

ورغم التطورات الكبيرة التي حصلت في مجال الأدوية المضادة والمثبطة للحموضة المعدية إلا أنه سجل ارتفاع في معدلات الاستشفاء والوفيات بسبب اختلاطات القرحة الهضمية من انثقاب ، نزف ، أو انسداد ، وخاصة لدى كبار السن .

وبما أن تدبير الاختلاطات يكون جراحياً في أحيان كثيرة ، فمن الواجب تقييم الإجراءات الجراحية المستخدمة في التدبير ، خاصة أن السنين القليلة الماضية قد شهدت تطوراً كبيراً في الإجراءات الجراحية المستخدمة ، وتطوراً في فهم الآلية الإمراضية للقرحة الهضمية واختلاطاتها .

ولقد اخترنا أن نحصر بحثنا بالقرحة العفجية لتكون الدراسة أدق و أكثر تركيزاً .

الباب الأول : القسم النظري

الفصل الأول : لمحة تشريحية

يبدأ العفج عند نهاية المعدة أي عند البواب وينتهي عند الوصل العفجي الصائمي أيسر الفقرة القطنية الثانية ، وهو يأخذ شكل حرف C . ويقدر طوله ب 25 سم ويقسم لأربعة أقسام : (6)

1- القسم الأول : طوله 5 سم ، يكون نصفه القريب حراً بينما يكون نصفه البعيد مثبتاً يسير للأعلى والخلف على الجانب الأيمن للفقرة القطنية الأولى و يكون على مستوى الـــ Transpyloric Plain .

المجاورات : *- في الأمام : الفص المربع من الكبد ، والمرارة .

*- في الخلف : الشريان المعدي العفجي ، القناة الجامعة ، وريد الباب ، والوريد الأجوف السفلي .

*- في الأعلى : مدخل الكيس الثربي الصغير .

*- في الأسفل : رأس البنكرياس .

2- القسم الثاني : طوله 8 سم وينزل على الجانب الأيمن للفقرات القطنية الثانية والثالثة . تصب القناة الجامعة في منتصف وجهه الأنسي السفلي ، كما أن القناة البنكرياسية الإضافية تصب في هذا الجزء من العفج أيضاً .

المجاورات : *- في الأمام : الفص الكبدي الأيمن ، قاع المرارة ، الكولون المعترض، والأمعاء الدقيقة .

*- في الخلف : سرة الكلية اليمنى ، والحالب الأيمن .

*- في الوحشي : الفص الكبدي الأيمن ، الكولون الصاعد ، و الزاوية الكولونية اليمنى .

*- في الأنسي : رأس البنكرياس ، القناة الجامعة ، وقناة ويرسنغ .

3- القسم الثالث : طوله 8 سم ، يسير بشكل أفقي لليسار في المستوى تحت الضلعي متبعاً الحافة السفلية لرأس البنكرياس .

المجاورات : *- في الأمام : جذر مساريقا الأمعاء الدقيقة ، الأوعية المساريقية العلوية ضمن جذر المساريقا ، و عرى الصائم .

*- في الخلف : الحالب الأيمن ، البسواس اليمنى ، الوريد الأجوف السفلي ، والشريان الأبهر.

*- في الأعلى : رأس البنكرياس .

*- في الأسفل : عرى الصائم .

4- القسم الرابع : طوله 2,5 سم ، يتجه للأعلى واليسار ثم ينحني للأمام عند الوصل العفجي الصائمي حيث توجد طية بريتوانية تسمى رباط ترايتز تصعد إلى الساق اليمنى للحجاب الحاجز .

المجاورات : *- في الأمام : بداية جذر المساريقا وعرى الصائم .

*- في الخلف : البسواس اليسرى ، الجذع الودي الأيسر ، والأوعية الكلوية والتناسلية اليسرى .

الحفر العفجية البريتوانية : وهي ناتجة عن الطيات البريتوانية الموجودة في نهاية العفج .

- الحفرة العفجية العلوية .
- الحفرة العفجية السفلية .
- الحفرة جنيب العفج : وغالباً يسير الوريد المساريقي السفلي ضمن حافتها الحرة .

الحفر الثلاثة السابقة تكون متقابلة مع بعضها البعض .

- الحفرة خلف العفج : وهي لاتتقابل مع الحفر الثلاثة السابقة .

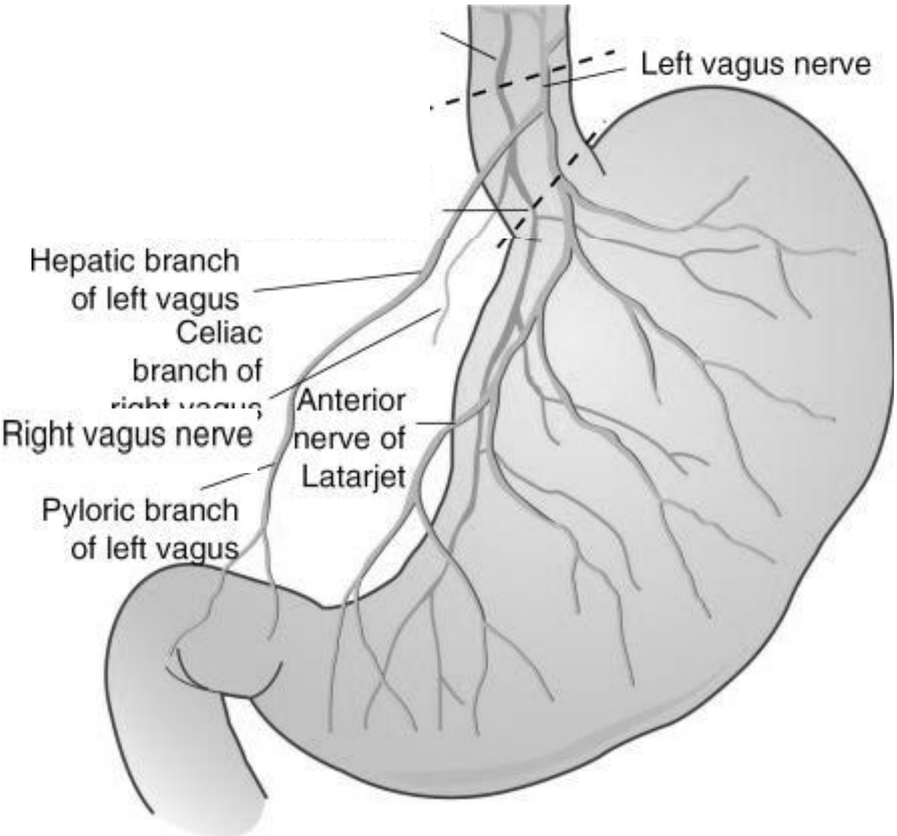
التروية الدموية :

- النصف العلوي من العفج : يتروى من الشريان البنكرياسي العفجي العلوي الذي ينشأ من الشريان المعدي العفجي .
- النصف السفلي من العفج : الشريان البنكرياسي العفجي السفلي الذي ينشأ من الشريان المساريقي العلوي .
- الوريد البنكرياسي العفجي العلوي يصب في وريد الباب .
- الوريد البنكرياسي العفجي السفلي يصب في الوريد المساريقي العلوي .

النزح اللمفاوي :

- النصف العلوي : يكون تصريفه اللمفاوي إلى العقد البنكرياسية العفجية العلوية ، ومنها إلى العقد المعدية العفجية ، ومنها إلى العقد الزلاقية .
- النصف السفلي : يكون تصريفه اللمفاوي إلى العقد البنكرياسية العفجية السفلية ، ومنها إلى العقد المساريقية العلوية .

ونظراً لأهمية العصب المبهم في آلية القرحة الهضمية وتدبيرها فسوف نتكلم بإيجاز عن تشريح العصب المبهم في البطن : (2–6)



الشكل (1) التعصيب المبهم للمعدة . (2)

ينزل العصبان المبهمان الأيمن والأيسر على جانبي المري وبشكل موازٍ له في الصدر . وبدءاً من مستوى التفرع القصبي في الصدر يشكل العصبان المبهمان ضفيرة عصبية تمتد حتى مستوى الحجاب الحاجز .

من هذه الضفيرة يتشكل لدينا جذعان مبهمان جديدان ، أمامي وخلفي ويمران مع المري إلى البطن عبر الفوهة المريئية في الحجاب الحاجز .

يكون الجذع المبهمي الأمامي على علاقة وثيقة مع الجدار الأمامي للمري وأقرب إلى حافته اليمنى ، وأحياناً يكون مؤلفاً من قسمين أو ثلاثة أقسام . يعطي هذا الجذع فروعاً لتعصيب قعر وجسم المعدة ، ويعطي انقسامين كبيرين : الأول هو الفرع الكبدي الذي يسير في الحافة العلوية

للثرب الصغير ويعطي فروعاً للضفيرة المجاورة للشريان الكبدي و وريد الباب ، كما يعطي فروعاً إلى البواب . الثاني هو العصب المعدي الأمامي الكبير أو العصب الأمامي للاترجيه greater anterior gastric nerve or anterior nerve of Laarget والذي يسير في الثرب الصغير محاذياً للانحناء الصغير للمعدة ويعطي فروعاً لتعصيب الغار والبواب وتكون متفرعة بشكل قدم الغراب .

الجذع المبهمي الخلفي يتوضع خلف المري وإلى اليمين قليلاً ، دون أن يكون على تماس مع الجدار الخلفي المري .

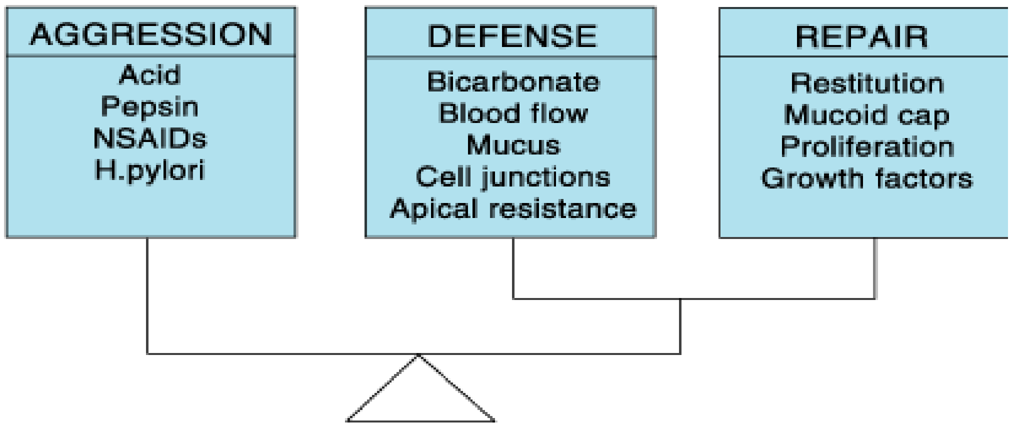
يعطي هذا الجذع فروعاً إلى قعر وجسم المعدة ، ومن ثم يتفرع إلى فرعين كبيرين : الفرع الأول يذهب إلى الضفيرة الزلاقية هو الفرع الزلاقي ، والثاني هو العصب المعدي الخلفي الكبير أو العصب الخلفي للاترجيه greater posterior gastric nerve or posterior nerve of Laarget والذي يسير خلف الجذع الأمامي في الثرب الصغير ويعصب الغار ولكن دون أن يعصب البواب .

التنبيه المبهمي للخلايا الجدارية في المعدة يسبب تحريضها على الإفراز الحامضي ولذلك فإن قطع التعصيب المبهمي عن المعدة ككل أو عن الخلايا الجدارية يشكل أحد الخيارات العلاجية للقرحة الهضمية كما سيمر معنا لاحقاً.

الفصل الثاني : القرحة الهضمية

وهي عيب بؤري في المخاطية المعدية أوالعفجية يمتد إلى تحت المخاطية أو أعمق وهي يمكن أن تكون حادة أو مزمنة .

تنتج القرحة الهضمية عن اختلال التوازن بين إفراز الحمض المعدي والدفاعات المخاطية .



الشكل (2) التوازن بين العوامل المسببة للقرحة وبين آليات الدفاع والإصلاح . (7)

تبلغ نسبة حدوث القرحة الهضمية في المجتمع حوالي 2% ، ونسبة حدوثها خلال العمر حوالي 10% .

متوسط العمر عند الإصابة بالقرحة العفجية أصغر منه للقرحة المعدية بعشر سنوات ونسبة إصابة الرجال بها تبلغ ضعف نسبة إصابة النساء . (7)

<u>السببيات والفيزيولوجيا المرضية :</u>

الطريق المشترك النهائي لتشكل القرحة الهضمية هو أذية الحاجز المخاطي المعدي أوالعفجي بسبب الحمض المعدي ومقولة (لا حمض ← لاقرحة) لاتزال صحيحة حتى يومنا هذا .(7)

ومن المعروف حالياً أن الخمج ب H.P يزيد إفراز الحمض بشكل ثانوي مما يساعد في تشكل القرحة ولذلك من الأدق أن نقول (لا حمض + لا خمج بـــ H.P ← لاقرحة) (3)

القرحة العفجية تنجم عن زيادة تأثيرات الحمض المعدي على المخاطية العفجية ، بينما تنجم القرحة المعدية عن تراجع الدفاعات المخاطية في وجه الحمض المعدي الطبيعي نسبياً.

ومن العوامل الهامة التي تلعب دوراً في حدوث القرحة الهضمية لدينا :

الخمج بالملوية البوابية Helicobacter Pylori (H.P) .

استخدام مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية NSAIDs بشكل مزمن .

تدخين التبغ .

الشدة النفسية والفيزيولوجية.

✧ **<u>الخمج بالملوية البوابية H.P :</u>**

وهي تحوي أنزيم اليورياز الذي يحول اليوريا إلى أمونيا وبيكربونات فتشكل حولها بيئة قلوية تحميها من حموضة المعدة ، وهي تعيش في الطبقة المخاطية على سطح الخلايا الظهارية المعدية .

الخمج ب H.P ⇐ تثبيط إفراز السوماتوستاتين من الخلايا D ⇐ فرط غاسترين الدم ⇐ فرط الإفراز الحامضي وفرط تصنع الخلايا الجدارية والتهاب الغار ⇐ حؤول غاري في العفج بعد البواب.

هذا الحؤول الغاري يسمح للملوية البوابية باستعمار العفج ، وهنا تزداد خطورة حدوث القرحة العفجية 50 ضعفاً.(7)

وعندما تستعمر الملوية البوابية العفج يحدث انخفاض كبير في تحرير البيكربونات من العفج بتحريض الحمض .

يشاهد الخمج بالملوية البوابية في 90% من مرضى القرحة العفجية و 70–90 % من مرضى القرحة المعدية .

وإن الشفاء التام من التهاب المخاطية بالملتوية البوابية نادر جداً عند عدم تطبيق المعالجة المناسبة (0,5%) (7) ، حيث أن الأجسام المضادة التي يشكلها الجسم كاستجابة للخمج بالملوية البوابية لاتؤدي إلى القضاء على الخمج وإنما تسبب أذية نسيجية دائمة .

وبعض الأشخاص المخموجين بـــ H.P تتطور لديهم أجسام مضادة موجهة ضد الخلايا الجدارية في المعدة وهذا يسبب التهاب المعدة الضموري الناتج عن الخمج بـــ H.P . (3)

وقد أظهرت الدراسات أن علاج القرحة العفجية المترافقة مع الخمج بالملوية البوابية يستلزم القضاء على هذا الخمج من خلال المعالجة المناسبة ، وإذا لم تنجح المعالجة في القضاء على الملوية البوابية فإن القرحة قد تشفى ولكن نسبة النكس تبقى عالية .

*– القرحة العفجية عند المرضى الذين ليس لديهم خمج بالملوية البوابية : (1)

إن السبب الأكثر شيوعاً للقرحة العفجية عند المرضى سلبيي الـــ H.Pylori سواء المختلطة أو غير المختلطة هو استخدام NSAIDs المزمن أو حتى المؤقت أحياناً . حيث تسبب هذه الأدوية 50–60% من حالات القرحة العفجية عند المرضى سلبيي الـــ H.Pylori .

إلى جانب ذلك فإن هناك سلبية كاذبة لاختبارات الملوية البوابية وتبلغ نسبتها 20% ، وهذا قد ينتج عن المعالجة بالصادات ، الأوميبرازول ، والبيزموت بشكل مزامن للاختبارات أو بشكل سابق لها .

وباستبعاد هذه العوامل لانجد السلبية الكاذبة في الاختبارات غير التنظيرية للكشف عن الملوية البوابية إلا بنسبة 5% . وإن الاختبار الأكثر دقة في الكشف عن الـــ H.Pylori هو الخزعة المخاطية عبر التنظير .

باقي المرضى الذين ليس لديهم خمج بالملوية البوابية ولديهم قرحة عفجية قد يكون لديهم عوامل أخرى نادرة لفرط الإفراز الحامضي ، ومن هذه العوامل متلازمة زولينجر – إليسون والتي تشخص بشكل أساسي عبر عيار الغاسترين في المصل .

✧ افراز الحمض والقرحة العفجية :

يكون إفراز الحمض لدى مرضى القرحة العفجية أكبر منه لدى مرضى القرحة المعدية ويكون ارتفاع إفراز الحمض الليلي أشيع من ارتفاع إفراز الحمض النهاري .(7) حيث نجد أنه في مجموع مرضى القرحة العفجية يكون متوسط الإفراز الحمضي القاعدي ومتوسط الإفراز الحمضي الأعظمي أعلى من الناس العاديين .

وفي نفس الوقت يكون النتاج الحمضي القاعدي BAO والأعظمي MAO طبيعيين في العديد من المرضى بالقرحة العفجية ولا توجد علاقة بين شدة القرحة والإفراز الحمضي .(7)

تكون كمية الحمض التي يتم إفرازها بالاستجابة لأي محرضات إفرازية معروفة أكبر لدى مرضى القرحة العفجية من الأشخاص الطبيعيين ، كما تستمر الاستجابة لفترة أطول .(2-3-7)

تشاهد زيادة في معدلات الإفراغ المعدي في بعض مرضى القرحة العفجية بحيث تصل كمية أكبر من الحمض إلى العفج في وحدة الزمن .(2-3)

✧ NSAIDs والقرحة الهضمية :

معدل حدوث القرحة الهضمية لدى المرضى الذين يتناولون NSAIDs بشكل مزمن يبلغ حوالي 25% .(7)

الأذية المخاطية الحادة التي تسببها NSAIDs تحدث في المعدة بتواتر أكبر من العفج ، أما اختلاطات القرحة التي تحدث بتأثير NSAIDs فهي تحدث بشكل متساوٍ في المعدة والعفج .(7)

أكثر من نصف المرضى الذين يتظاهرون بنزف أو انثقاب قرحة هضمية يتناولون NSAIDs بشكل مزمن .

لذلك فإن أي مريض يتناول NSAIDs بشكل مزمن ولديه واحد أو أكثر من عوامل الخطورة التالية يجب أن يتناول معها معالجة مثبطة للإفراز بشكل وقائي أو ميزوبرستول بجرعات علاجية : (7)

- عمر > 60 سنة .

- سوابق اختلاط هضمي .
- ارتفاع جرعة NSAIDs .
- تناول الستيروئيدات بشكل مرافق .
- تناول المميعات بشكل مرافق .

المظاهر السريرية للقرحة العفجية : (3-2-7)

التظاهر السريري الأساسي لدى مرضى القرحة العفجية هو الألم البطني الشرسوفي حيث نجده في 90% من الحالات ، ويكون حارقاً ، غير منتشر ، ومتوضع في الشرسوف .

يحدث الألم في مرضى القرحة العفجية خلال 2-3 ساعات من تناول الوجبة ، وفي الليل . يعاني ثلث مرضى القرحة العفجية من ألم بطني يوقظهم في الليل .

الألم يزداد بالجوع ويتراجع عند تناول الطعام . ولذلك تزداد شهية مريض القرحة العفجية ويمكن أن يزداد وزنه.

التشـــــخيص :

يمكن أن نعتمد على الأعراض السريرية لوضع التشخيص وبدء المعالجة التجريبية وذلك عند المرضى الشباب < 40سنة ، بينما يجب إجراء التنظير الهضمي العلوي لكل المرضى الذين لديهم أعراض قرحة هضمية وعمرهم > 40 سنة . (7)

كما يجب إجراء التنظير الهضمي لدى كل المرضى الذين لديهم أعراض منذرة مرافقة لأعراض القرحة الهضمية الكلاسيكية ، وهذه الأعراض المنذرة هي : (7)

- نقص الوزن
- فقر الدم
- إقياءات
- نزف
- عسرة بلع

بالنسبة لإجراء اختبارات الكشف عن الخمج بـــ H.P بشكل روتيني لدى المرضى الذين لديهم أعراض قرحية فهو لايزال موضع خلاف . (7)

عند الشك بالغاسترينوما يمكن أن نجري معايرة مستويات الغاسترين القاعدية في الدم .

التصوير الهضمي العلوي الظليل باستخدام تقنية التباين المضاعف تكشف حوالي 90% من القرحات ويمكن أن توجه من خلال شكل القرحة إلى إمكانية كون هذه القرحة سليمة أم خبيثة ، ولكن التنظير الهضمي العلوي يبقى متفوقاً عليه لإمكانية أخذ الخزعات من حواف القرحة.

عند تشخيص القرحة العفجية بالتنظير الهضمي العلوي ليس من الضروري أخذ الخزعات الجدارية منها لأن الخباثة نادرة وشبه معدومة لكن يجب أخذ الخزعات من مخاطية العفج لتحري الملوية البوابية . (3)

<u>تدبير القرحة الهضمية :</u>

<u>1-</u> التدبير الدوائي :

إذا كانت الاختبارات البدئية للكشف عن الملوية البوابية سلبية فيمكن معالجة مريض القرحة الهضمية بحاصرات H2 أو مثبطات مضخة البروتون PPI ، ويمكن أن يستفيد المريض من السوكرالفات أو الميزوبرستول .

إذا استمرت الأعراض ممكن أن نطبق المعالجة التجريبية لعلاج الخمج بالملوية البوابية حيث تشيع السلبية الكاذبة في اختبارات الكشف عنها .

بشكل عام يمكن إيقاف الأدوية المثبطة للإفراز بعد 3 أشهر في حال استبعاد العوامل المحرضة للقرحة الهضمية (التدخين ، NSAIDs ، الشدة النفسية والجسدية ، ...) .(7)

في بعض الحالات نحتاج للمعالجة الداعمة مدى الحياة وهذه الحالات هي : (7)

1- المرضى الذين لديهم سوابق قبول في المشفى بسبب اختلاط ناجم عن القرحة الهضمية .

2- جميع المرضى ذوي الخطورة العالية والذين يتناولون NSAIDs بشكل ضروري .

3- جميع المرضى الذين لديهم سوابق نكس أو نزف من القرحة .

4- المدخنون المعندون الذين لديهم قصة قرحية .

وتعتبر المعالجة بالميزوبرستول أو السوكرالفات أو تثبيط الإفراز الحامضي فعالة للغاية في هذه المجموعات .

تدبير الخمج بالملوية البوابية :

إن إمكانية شفاء الخمج بالملوية البوابية نادرة جداً بغياب المعالجة الفعالة وتبلغ نسبتها 0,5% فقط . (3)

المعالجة الحالية لهذا الخمج تتألف من المشاركة بين الأدوية المثبطة للإفراز الحمضي (وهي غالباً PPI) مع الصادات الحيوية . والمشاركة الأكثر شيوعاً هي: (7)

1- PPI (غالباً أوميبرازول) مرتين يومياً .

2- أموكسيسللين 1000 ملغ مرتين يومياً .

3- كلاريثرومايسين 500 ملغ أو مترونيدازول 500 ملغ مرتين يومياً .

وهناك عدة مشاركات أخرى . والمشاركة بين أكثر من صاد حيوي أكثر فعالية من صاد وحيد وذلك بحسب كل الدراسات تقريباُ .

2- التدبير الجراحي :

إن إدراك حقيقة أن القرحة الهضمية هي عبارة عن مرض خمجي قد غير جذرياً في مبدأ علاج القرحة الهضمية وفي دور العلاج الجراحي ؛ حيث ينحصر دور العلاج الجراحي حالياً في علاج اختلاطات القرحة الهضمية والتي هي عبارة عن النزف ، النثقاب ، الانسداد ، ونادراً عدم الاستجابة على العلاج الدوائي . (3)

وسنناقش التدبير الجراحي لكل اختلاط من اختلاطات القرحة العفجية في البحث التالي .

الفصل الثالث : اختلاطات القرحة العفجية وتدبيرها

إن المعلومات الوبائية والإحصائية تشير إلى أن حدوث اختلاطات القرحة الهضمية قد بقي ثابتاً أو ازداد بشكل خفيف خلال العقد الماضي . (3)

ولقد تبين أن معظم المرضى الذين يعانون من القرحة الهضمية المختلطة هم من الذين لديهم انتان بـــ H.P أو من المتعاطين لــ NSAIDs بشكل مزمن .

إن أشيع اختلاطات القرحة الهضمية هي النزف يليه الانثقاب ثم الانسداد ، ويعد التعنيد على العلاج أو النكس بعد المعالجة الجراحية أمراً نادراً بعد اكتشاف دور الملوية البوابية في آلية القرحة الهضمية واكتشاف العلاج الملائم للإنتان بها . (7)

☆ ***الـــــــنزف :***

تشكل القرحة الهضمية النازفة 46% من أسباب النزف الهضمي العلوي . ومن النادر أن لا تترافق القرحة الهضمية النازفة مع الخمج بالملوية البوابية أو تناول مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية ، حيث أن 4% فقط من مرضى القرحة الهضمية النازفة ليس لديهم أحد هذين العاملين .(3)

تتظاهرالقرحة النازفة بإقياء دموي أو تغوط زفتي وهو الأشيع في القرحة العفجية النازفة .أما الألم البطني فهوغير شائع.

يحدث النزف من القرحة الهضمية غالباً في العقد السادس من الحياة . (3–7)

يتم التشخيص بوجود مفرزات دموية عند الرشف من المعدة عبر NGT ، حيث أن وجود الدم بالرشف يؤكد وجود النزف الهضمي العلوي أما غياب الدم فلا ينفي النزف الهضمي العلوي إلا إذا كانت المفرزات صفراوية وخالية من الدم .

التنظير الهضمي هو الوسيلة التي نستطيع من خلالها التأكد من التشخيص ومن مصدر النزف الهضمي العلوي ، كما نستطيع من خلاله تدبير معظم الحالات .(3–7)

التدبير :

75% من الحالات يتوقف فيها النزف بمجرد تطبيق الحمية المطلقة و تثبيط الإفراز الحمضي .(7)

25% من المرضى يستمر لديهم النزف أو يعاود بعد توقفه لفترة من الزمن وتحدث جميع الوفيات في هذه الفئة وكذلك تحدث فيها جميع التداخلات التنظيرية والجراحية .

معظم المراجع توصي بإجراء التنظير الهضمي العلوي مباشرة لتأكيد التشخيص وتدبير النزف من خلال الوسائل المتاحة بالتنظير الهضمي . (1-2-3)

ولكن بعض المراجع تقول بعدم ضرورة إجراء التنظير الهضمي العلوي إلا باستطبابات محددة ، وهي : (7)

1- الصدمة .

2- الإقياءات المدماة .

3- الحاجة لنقل أكثر من 4وحدات من الدم خلال 24 ساعة .

4- عودة النزف بعد توقفه .

5- استمرار النزف أكثر من 48 ساعة .

وعند وجود أحد هذه العوامل نجري التنظير الهضمي العلوي ونحاول إيقاف النزف من خلاله .

وعند فشل التدبير من خلال التنظير الهضمي تستطب المعالجة الجراحية الإسعافية .

عند معاودة النزف الهضمي العلوي بعد توقفه بالمعالجة المحافظة أوبالمعالجة التنظيرية يمكن أن نعيد المحاولة التنظيرية ، وذلك على خلاف ماكان متعارفاً عليه بأن معاودة النزف بعد توقفه هي استطباب مباشر للجراحة .(2) ولكن النكس للمرة الثانية يعد استطباباً للجراحة إلا في حالات خاصة جداً قد نعيد فيها المحاولة التنظيرية .

إن إعطاء جرعات عالية من الأوميبرازول بعد التدبير التنظيري للقرحة الهضمية يقلل من حالات النزف الناكس. (3)

معظم الوفيات تحدث في الحالات التالية :

- الأعمار المتقدمة.
- وجود الصدمة عند مراجعة المشفى .
- النزف الناكس .
- وجود أمراض شديدة مرافقة .

وإن معظم الوفيات تنجم عن قصور الأعضاء المتعددة وليس النزف الصاعق بحد ذاته.

التدبير الجراحي للقرحة العفجية النازفة :

المريض النازف بشدة وغير المستقر هيموديناميكياً يحتاج إلى الإنعاش بالسوائل الوريدية ونقل الدم مع الاستقصاء الجراحي السريع للسيطرة على النزف .

بعض الجراحين يفضلون إجراء عمل جراحي(شبه بارد) semielective للمرضى كبار السن والذين لديهم أمراض مرافقة مع علامات خطورة لنكس النزف حتى ولو تمت السيطرة على النزف بالتنظير الهضمي أو توقف النزف عفوياً .(3)

في الحالات التي نجد فيها القرحة النازفة كبيرة بالتنظير الهضمي ، نحاول إيقاف النزف بالتنظير ، ولكن حتى عند نجاح محاولة الإرقاء بالتنظير الهضمي يجب أن نخطط لإجراء عمل جراحي مستعجل لاستئصال القرحة ، حيث أن نكس النزف هو القاعدة في حالات القرحة الكبيرة النازفة . (1)

خيارات العمل الجراحي : (1-2-3)

بشكل عام يجرى العمل الجراحي عبر شق ناصف علوي للوصول إلى بصلة العفج حيث نفتح العفج بشق طولاني لنجد القرحة غالباً على الوجه الخلفي لبصلة العفج حيث نأخذ قطبة بشكل 8 بالاتجاه الرأسي والذيلي للقرحة للسيطرة على الشريان المعدي العفجي ، ثم نأخذ قطبة بشكل U في فاع القرحة للسيطرة على الفرع البنكرياسي للشريان المعدي العفجي .

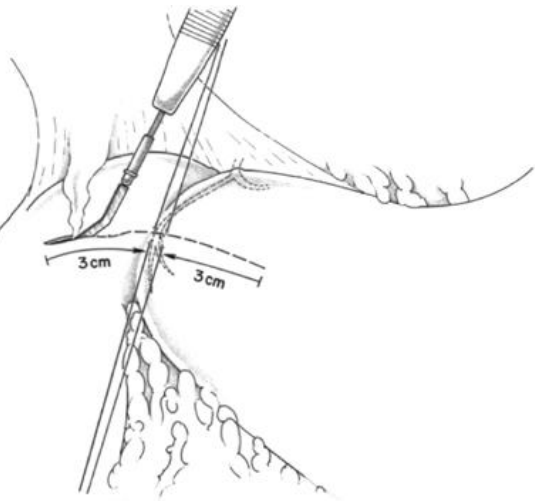
يمكن أن نوسع فتحة العفج بالاتجاه القريب أو البعيد حسب الحاجة لإيجاد القرحة النازفة .

إغلاق العفج يمكن ان يتم بشكل بدئي على نفس المحور إذا كانت الفتحة صغيرة ، أما إذا كانت الفتحة كبيرة نغلقها بالعرض بحسب طريقة Heineke-Mikulicz أوبطريقة Finey .

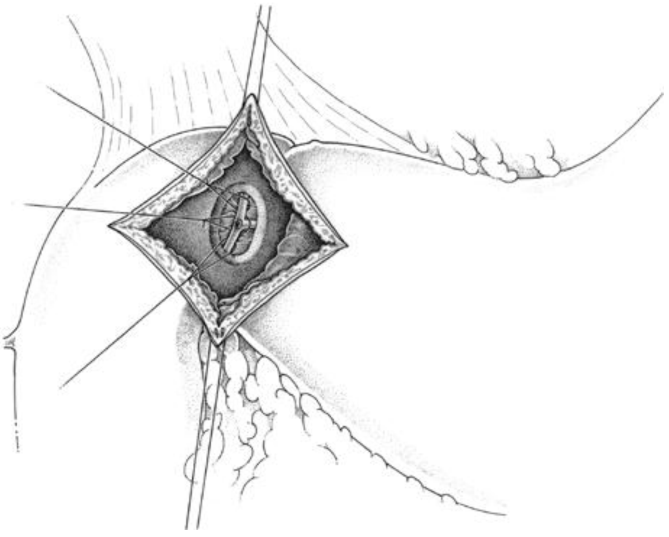
هل نجري أي تدبير مضاد للحموضة مع إرقاء النزف ؟ (2–5)

سابقاً كان إجراء إرقاء النزف بالقطب مع قطع المبهم و قطع الغار للإقلال من نكس القرحة والنزف هو الإجراء الذهبي لتدبير القرحة النازفة ولكن ترافق هذا الإجراء مع نسبة وفيات ومراضة عالية عند كبار السن والمرضى ذوي الخطورة العالية . ولذلك معظم الجراحين يميلون لإجراء قطب الإرقاء مع قطع مبهم جذعي وتصنيع البواب عند هؤلاء المرضى ، وهذا الإجراء الأخير أصبح الإجراء الروتيني لتدبير القرحة العفجية النازفة .

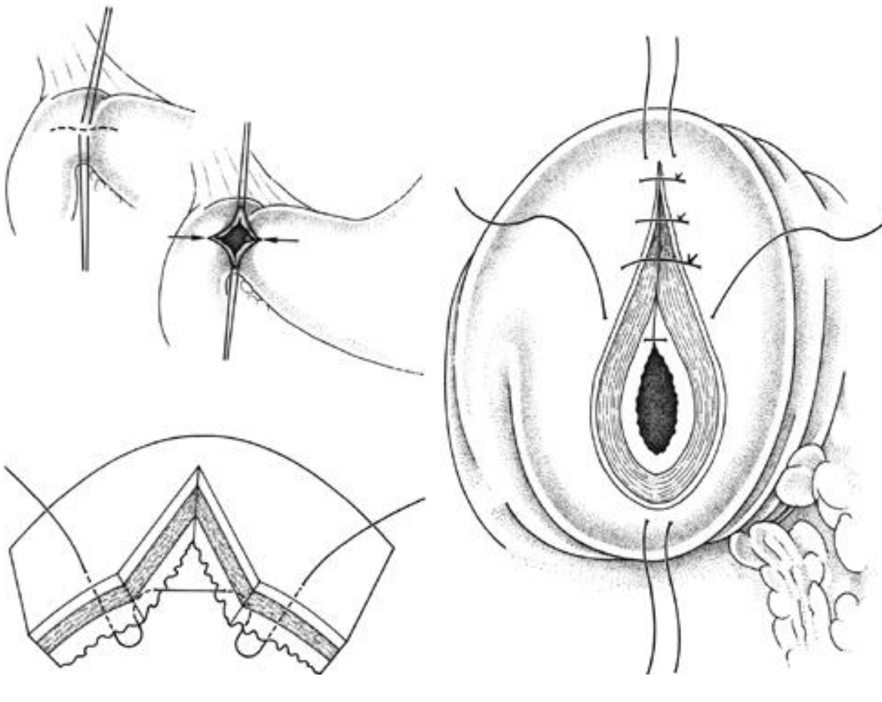
و حالياً وبعد اكتشاف دور H.Pylori في الآلية الإمراضية للقرحة العفجية هناك من يوصي بعدم إجراء أي تدبير لتخفيف الحموضة والاكتفاء بإرقاء النزف بالقطب مع معالجة الخمج بالملوية البوابية بعد العمل الجراحي. ولكن لاتزال هذه التوصية بحاجة للمزيد من الدراسة .



الشكل (3) طريقة فتح العفج بشكل موازي لمحوره مع وضع قطبتي شد بمستوى البواب الذي نستدل على موقعه من وريد مايو



الشكل (4) طريقة أخذ قطب الإرقاء لإيقاف النزف .



الشكل (5) طريقة تصنيع البواب بطريقة Heineke-mikuliks .

– هل هناك دور للجراحة التنظيرية في تدبير القرحة العفجية النازفة ؟ (1)

بالرغم من استخدام الجراحة التنظيرية لمعظم العمليات غير الاسعافية على المعدة والسبيل الهضمي بشكل عام إلا أنه لاينصح باستخدامها لتدبير القرحة العفجية النازفة وذلك للأسباب التالية :

1– من الصعب تحديد مكان القرحة النازفة داخل العفج بالتنظير البطني وخاصة عندما يكون النزف غزيراً .

2– الحاجة لاستخدام جهاز السحب الماص (Suction) بشكل متكرر أثناء العمل الجراحي لرشف الدم المتجمع

سوف يسحب معه الغاز ويعيق الرؤية .

3– المريض غالباً بحالة هيموديناميكية غير مستقرة ، ورفع الضغط داخل البطن بنفخ الغاز سوف يعيق العود

الوريدي مما يفاقم المشكلة لديه .

ومن الخيارات المطروحة أيضاً في تدبير القرحة العفجية النازفة هو إطلاق الصمات عبر الأشعة التداخلية ، ونلجأ إلى هذا الخيار عند المرضى غير المؤهلين للعمل الجراحي والذين لايمكن السيطرة على النزف لديهم من خلال التنظير الهضمي .

☆ ***الانثقـــــاب :***

لقد طرأ تغير ملحوظ في الدراسات الحديثة عن الدراسات التي تمت في التسعينيات من القرن الماضي بما يخص الانثقاب القرحي ، فلقد تراجعت معدلات الحدوث كما تراجعت نسبة الذكور إلى الإناث مع بقاء الأرجحية للذكور .

كما ازداد متوسط أعمار الحدوث بحيث بلغ 67 سنة عند الذكور و 77 سنة عند الإناث ، ويوجد اتفاق بين معظم الدراسات على دور NSAIDs في حدوث الانثقاب القرحي حيث ازدادت نسبة ترافق الانثقاب مع استعمالها من 32% إلى 60% . (1)

حالياً يشكل انثقاب القرحة العفجية حوالي 75% من حالات الانثقاب القرحي بشكل عام ، وطبعاً تزداد نسبة الوفيات لدى كبار السن وتكون أكبر في حالات القرحة المعدية من القرحة العفجية المنثقبة .(3)

- العوامل التي تزيد من نسبة الوفيات والمراضة بعد انثقاب القرحة الهضمية هي: (3)

1 - الأمراض المرافقة .

2- الصدمة عند القبول في المشفى .

3- تأخر الجراحة أكثر من 24 ساعة .

4- الحاجة للاستئصال أثناء التدبير الجراحي .

5- الإنتان بعد العمل الجراحي .

- في العقود الماضية كان يعتبر التأخر بالعمل الجراحي بعد حدوث الانثقاب هو عامل الخطورة الأهم في حدوث الوفيات . أما حالياً فالدراسات الحديثة تقول إن الزرع الإيجابي للفطريات من البريتوان هو عامل خطورة أساسي في القرحة العفجية المنثقبة .(3)

ولقد ترافق وجود إنتان البريتوان بالفطريات مع نسبة أكبر من إنتان موقع العمل الجراحي ، إقامة أطول في المشفى ، ونسبة أعلى من الوفيات .

بالنسبة للإنتان ب H.P فنسبة وجوده عند مرضى القرحة المنثقبة هي 60% مقارنة مع 90% عند مرضى القرحة الهضمية غير المختلطة بشكل عام . لكن إذا حذفنا حالات الانثقاب المترافقة مع NSAIDs فإن نسبة الخمج بـــ H.P متماثلة عند مرضى القرحة المنثقبة غير المختلطة .

التشخيص :

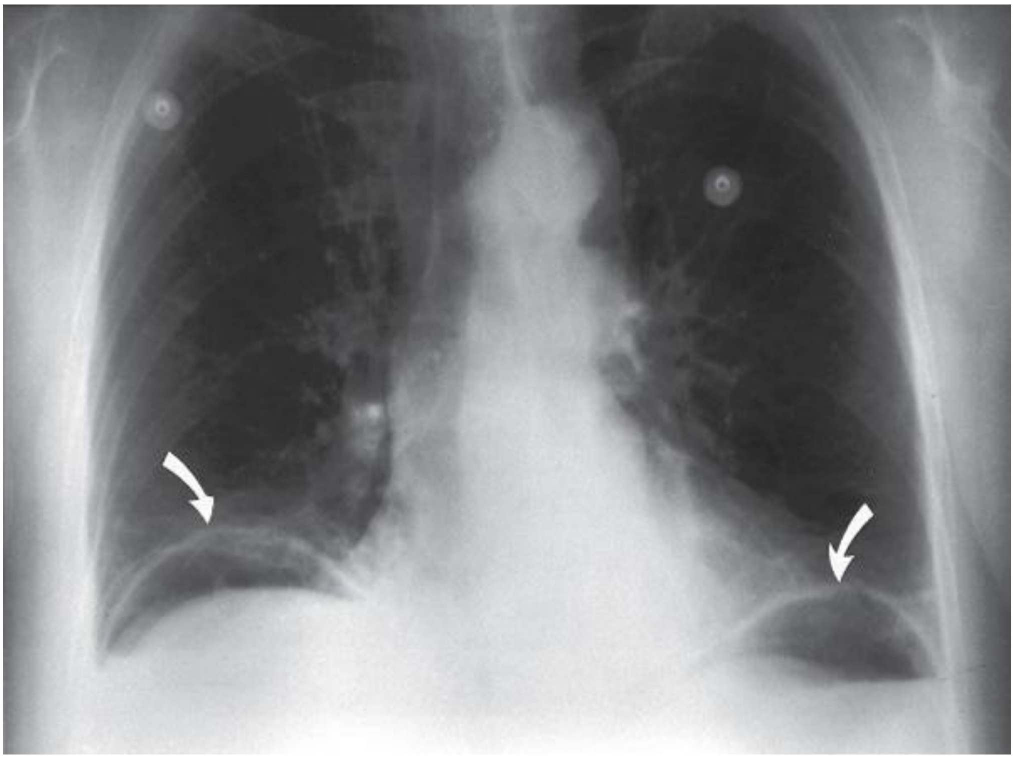
إن المعيار الذهبي لتشخيص الانثقاب القرحي لايزال هو وجود الهواء الحر في البريتوان .

إذا أخذنا صورة بسيطة للصدر مع القبتين للمريض بوضعية الوقوف بعد وقوفه لمدة 5–10 دقائق ، فإن هذه الصورة قادرة على كشف الغاز الحر في البريتوان ولو بكمية لا تتجاوز 5 مل ، ونسبة الإيجابية هي 70% . (1–3)

في الحالات التي لاتنجح فيها الصورة البسيطة في كشف الغاز الحر في البريتوان يمكن أن نلجأ إلى التصوير الطبقي المحوري والذي يمكن أن يكشف كميات أقل من الغاز الحر في البطن .

التصوير بالأمواج فوق الصوتية يمكن أن يكشف الغاز الحر في البريتوان كما يكشف التجمعات السائلية ، حيث قد نشاهد بالطبقي المحوري أو بالإيكو تجمعات سائلية في الـــ Lesser Sac أو في الحيز الأيمن تحت الكبد وذلك لدى 4/3 من مرضى القرحة العفجية المثقوبة . وعندما لايظهر لدينا الغاز الحر في البريتوان فإن وجود السائل الحر مع القصة السريرية الموجهة تعتبر دليلاً كافياً على الانثقاب القرحي .(1)

الغاز الحر في البريتوان يمكن أن يكون ناتجاً عن انثقاب رتج كولوني ، وفي هذه الحالة نرى بالإيكو وبالطبقي المحوري ما يدل على حالة التهابية في الحوض وفي جدار الكولون السيني بحد ذاته .



الشكل (6) صورة بسيطة للصدر مع إظهار القبتين تبدي وجود الغاز الحر في البريتوان

أما بالنسبة للفحوص المخبرية فهي تكون في البداية طبيعية ما عدا ارتفاع بتعداد الكريات البيض ، لكن بعد عدة ساعات من الانثقاب تظهر لدينا علامات الاستجابة الالتهابية في الجسم مثل اضطراب وظائف الكلية ونقص الأكسجة .

بشكل عام عندما تكون لدينا حالة بطن جراحية فإن الاستقصاءات تصبح غير أساسية ويكون الاستقصاء الجراحي هو الأهم .

تدبير القرحة العفجية المنثقبة :

* – **التدبير المحافظ :**

شروط التدبير المحافظ للقرحة العفجية : (1–3)

1– عدم وجود التهاب بريتوان معمم .

2– الاستقرار الهيموديناميكي .

3– إثبات عدم وجود تسريب للمادة الظليلة بالتصويرالهضمي العلوي الظليل بالغاستروغرافين.

عند توفر هذه الشروط يمكن أن نفكر بالتدبير المحافظ والذي يتمثل بالمراقبة الدقيقة للمريض من خلال الفحص السريري المتكرر والتحاليل المخبرية ، بينما تتم معالجة المريض برشف المفرزات المعدية من خلال الأنبوب الأنفي المعدي (NGT) ، مثبطات الإفراز الحمضي المعدي الوريدية ، وصادات حيوية واسعة الطيف وريدياً .

لاينصح باتباع التدبير المحافظ عندما لايكون تشخيص الانثقاب القرحي مؤكداً ، كما لاينصح به لدى المرضى المتقدمين بالسن بسبب ارتفاع نسبة الوفيات لديهم بالتدبير المحافظ .

يتم التحول إلى المعالجة الجراحية عند ظهور أي تبدلات في العلامات السريرية أو النتائج المخبرية تدل على عدم السيطرة على الإنتان أو استمرار التسريب من القرحة المثقوبة (ترفع حروري ، ارتفاع تعداد الكريات البيض ، علامات التهاب البريتوان بفحص البطن ، ....) .

غالباً ما يتطور خراج تحت الكبد أو خراج تحت الحجاب الحاجز بعد التدبير المحافظ للقرحة المثقوبة ، وهذا الخراج يمكن تدبيره بالتفجير عبر الجلد بتوجيه الإيكو أو الطبقي المحوري .

بشكل عام لاينصح بالتدبير المحافظ للقرحة العفجية المثقوبة إلا لدى بعض المرضى المنتقين بشكل دقيق . (3)

* - **التدبير الجراحي** : (1-3-7)

خيارات العلاج الجراحي للقرحة العفجية المثقوبة تضمن :

1- الإغلاق البسيط برقعة غراهام .

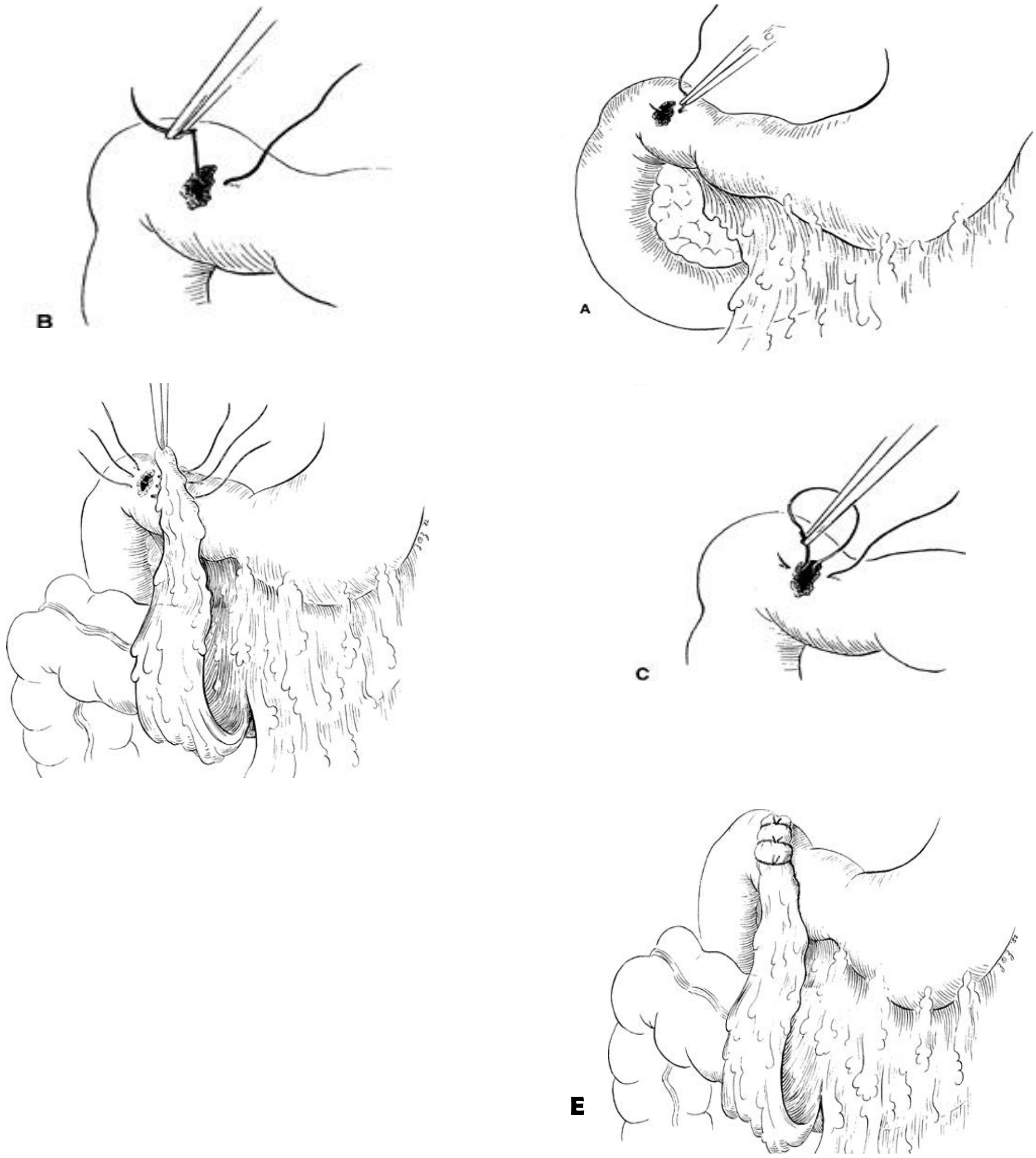
2- الإغلاق البسيط بالرقعة مع قطع مبهم عالي الانتقائية HSV .

3- قطع المبهم مع التصريف .

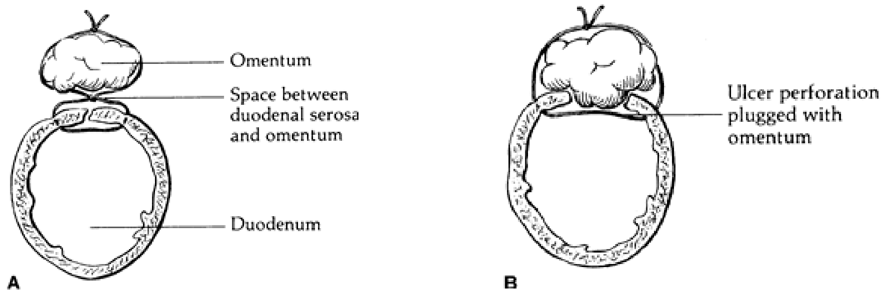
ولكن العملية الجراحية الأكثر شيوعاً في تدبير القرحة العفجية المثقوبة هي الإغلاق البسيط للثقب مع رقعة ثربية مقوية للإغلاق بدون أي إجراء جراحي مرافق .

عادةً تجرى هذه العملية من خلال شق ناصف علوي حيث يتم رشف المفرزات المتسربة إلى جوف البريتوان ، ثم يتم البحث عن موقع الانثقاب الذي يكون عادةً على الوجه الأمامي للجزء القريب من العفج ، وإذا لم نجده في هذا المكان نقوم باستقصاء باقي العفج ، الوجه الأمامي والخلفي للمعدة ، والصائم .

بعد إيجاد الثقب نقوم بخياطته خياطة بسيطة متفرقة بخيط غير ممتص (حرير 2\0) - مع أن خيط PDS أعطى نتائج مرضية أيضاً-.يجب استعمال إبرة صغيرة لتجنب الدخول في الجدار الخلفي للعفج ثم يوضع الثرب فوق منطقة الانثقاب ويثبت بربط طرفي كل قطبة من القطب التي تم إغلاق الثقب بها .(1)



الشكل (7) مراحل العمل الجراحي لإغلاق القرحة العفجية المثقوبة مع وضع رقعة ثربية (رقعة غراهام)



الشكل(8)يمكن أن نثبت الرقعة الثربية بعد ربط القطب (A) أو قبله (B) .

ولكن من الأفضل أن نأخذ ربطة واحدة للقطبة مع الثرب أي (B) وذلك لأنها تؤمن تماساً أكبر للثرب مع منطقة الانثقاب وإغلاقاً أفضل كما هو واضح في الشكل.

وفي الحالات الغير معتادة والتي يكون فيها الانثقاب كبيراً ومحاطاً بمنطقة التهابية بحيث لايمكن إغلاقها بالطريقة السابقة نلجأ إلى عملية استثناء البواب Pyloric Exclusion كما في رضوض العفج ، حيث نجري إغلاق للبواب مع تفميم معدة وتفميم عفج وتفميم صائم .

وكبديل عن ذلك يمكن إجراء Roux-en-Y jeujenal patch تتم خياطتها فوق الثقب القرحي مع تفجير من داخل الصائم يمتد من العفج إلى العروة الصائمية المأخوذة ثم نخرجه من جدار العروة الصائمية بعد عدة سنتيمترات من الخياطة .(3)

من المهم غسيل جوف البريتوان بحوالي 8–10 ل من المحلول الملحي الذي تمت تدفئته سابقاً بحيث يلائم حرارة الجسم . ويجب توجيه اهتمام خاص لغسيل الحيز تحت الكبد وفوق الكبد والكيس الثربي الصغير Lesser Sac والحيز حول الطحال .

المبدأ وراء الغسيل هو المقولة (Dillution is the Solution to Pollution) أي أن التمديد هو الحل للتلوث بالمفرزات الهضمية .(1)

ويجب أن نأخذ وضع أنبوب تغذية في الصائم بعين الاعتبار إما عن طريق الأنف أو عن طريق جدار البطن وخاصة لدى المرضى الذين لديهم سوء تغذية وحالة عامة سيئة مع توقع إقامة لمدة طويلة في المشفى بعد العمل الجراحي .(1–3)

*– هل نجري أي تدبير جراحي مضاد للحموضة مرافق لإغلاق القرحة العفجية المثقوبة ؟

لقد دار الكثير من الجدل حول هذا السؤال ، وإن الأدلة المتوفرة حالياً وبعد اكتشاف دور الملوية البوابية في إمراضية القرحة العفجية واختلاطاتها تقول بأن إغلاق القرحة المثقوبة بطريقة رقعة غراهام تكون كافية لتدبير القرحة العفجية المثقوبة بشرط أن نتبع العمل الجراحي بمعالجة فعالة لاستئصال الخمج بالملوية البوابية وأن يكون المريض قادراً على الالتزام بهذه المعالجة .

لكن في حال كان معروفاً أن المريض ليس لديه خمج بالملوية البوابية أو كان غير قادر على الالتزام بالعلاج فيجب اتخاذ إجراء جراحي مضاد للحموضة أثناء العمل الجراحي .

ويجب أن ننتبه إلى أنه لايمكن أن نجري أي تدبير جراحي مضاد للحموضة إذا كان المريض مصدوماً أو كان قد مر أكثر من 24 سا على الانثقاب ، أو كان لدى المريض التهاب بريتوان معمم .(1-3)

ويمكن أن نجمل الحالات التي نحتاج فيها لإجراء جراحي مضاد للحموضة في الحالات التالية:(1)

1- الانثقاب الكبير >2سم وهو يحتاج غالباً إلى قطع المبهم ، استئصال الغار ، وإعادة البناء بطريقة بيلروث II .

2- ترافق الانثقاب والنزف معاً وهنا عادةً نحتاج إلى قطع المبهم ، إصلاح الثقب ، إيقاف النزف بالقطب ، مع تصنيع البواب .

3- أعراض قرحية مزمنة مع عدم وجود خمج بالملوية البوابية .

4- المرضى المعتمدين على NSAIDs أو المرضى غير الملتزمين بالتوصيات الطبية .

5- فشل سابق في معالجة الخمج بالملوية البوابية .

6- سوابق حدوث اختلاط للقرحة الهضمية .

7- المرضى الأصغر من 40 سنة .

8- سوابق عمل جراحي سابق لتدبير القرحة العفجية .

*- دور الجراحة التنظيرية في تدبير القرحة العفجية المثقوبة : (1-3)

إن تدبير القرحة العفجية المثقوبة بالجراحة التنظيرية هو إجراء بسيط بالنسبة للجراح المتمكن في الجراحة التنظيرية ، حيث يمكن من خلال الجراحة التنظيرية رشف المفرزات المتجمعة في جوف البريتوان وإغلاق الثقب برقعة غراهام مع إمكانية إجراء قطع مبهم جذعي أو قريب أو إجراء تايلور Tylor procedure .

تكون نسبة التحويل إلى الجراحة المفتوحة أثناء هذه العملية حوالي 20– 25 % ، ومتوسط مدة العمل الجراحي 60 دقيقة وذلك طبعاً يختلف بحسب خبرة الجراح في الجراحة التنظيرية .

☆ ***الانســــداد :***

إن الانسداد هو الاختلاط الأقل شيوعاً للقرحة الهضمية ، والانسداد الناجم عن القرحة العفجية هو السبب الأكثر شيوعاً لانسداد مخرج المعدة ويحدث بنسبة 2% تقريباً من مرضى القرحة العفجية .(3)

وإن عوامل الخطورة في انسداد مخرج المعدة القرحي هي كما في باقي اختلاطات القرحة الهضمية عبارة عن الخمج بالملوية البوابية والاستعمال المديد لـــ NSAIDs .

التشخيص:

عادة مايراجع المريض في هذه الحالة بعد معاناة طويلة مع أعراض الداء القرحي ، ويصف أن أعراضه تتراجع تدريجياً مع الزمن مع تزايد الإحساس بالتخمة والإقياءات . ويمكن أن نجد لديه نقص وزن مع هزال وضعف عام عند عدم المعالجة .

وفي حالات الانسداد الأشد يمكن أن نشاهد إقياءات تتكرر عدة مرات في اليوم لمواد طعامية مهضومة جزئياً كريهة الرائحة مع سوائل غير صفراوية . والإقياءات المزمنة غير المعالجة يمكن أن تؤدي إلى تجفاف واضطرابات في الشوارد والتوازن الحمضي القلوي .

بالفحص السريري نجد المريض نحيفاً مع إمكانية سماع خضخضة ناتجة عن السوائل المتجمعة في معدة المريض المتوسعة .

مخبرياً نجد لدى المريض :

- ارتفاع في الهيماتوكريت ناتج عن التجفاف .
- انخفاض شديد في البوتاسيوم والكلور مع قلاء استقلابي .
- نقص ألبومين ناتج عن سوء التغذية .
- بتحليل البول نجد البول مركزاً وحامضياً حيث أنه على الرغم من حالة القلاء الاستقلابي فإن الكلية تقوم بإطراح شوارد الهيدروجين بالتبادل مع شوارد الصوديوم في محاولة منها للحفاظ على حجم السائل خارج الخلوي .

إثبات التشخيص يتم بالتصوير الهضمي العلوي الظليل بالباريوم والتنظير الهضمي العلوي ، حيث نجد بالتصوير الظليل أن المعدة متوسعة ، مرتخية ، ومملوءة بالسائل والبقايا الطعامية . كما نجد تباطؤ بالإفراغ المعدي مع مرور كميات قليلة من الباريوم عبر البواب حيث يرتسم البواب مظهراً تضيقاً مع تشوه في شكله .

التنظير الهضمي العلوي أيضاً له دور كبير في التشخيص وخاصةً لنفي الخباثة حيث نأخذ عدة خزعات من مناطق مختلفة من مكان التضيق ، ويمكن أن نجد البواب متضيقاً بحيث لا يسمح بمرور المنظار .

المعالجة :

* - **المعالجة الدوائية :**

تتألف المعالجة الدوائية من الخطوات التالية: (3 –7)

1- أنبوب أنفي معدي عريض لرشف المفرزات المتراكمة في المعدة وتخفيف الضغط فيها.

2- الإنعاش بالمصل الملحي وريدياً .

3- تصحيح اضطرابات الشوارد بإعطاء البوتاسيوم وريدياً ، مع الانتباه إلى أن تصحيح نقص البوتاسيوم الشديد يحتاج إلى مراقبة المريض على المونيتور خوفاً من حدوث اضطرابات النظم القلبية .

4- تدبير القلاء الاستقلابي عاة لايحتاج إلى أكثر من تصحيح اضطراب السوائل والشوارد.

5- يجب إعطاء مثبطات مضخة البروتون وريدياً للتقليل من خسارة الحمض عبر السوائل التي يتم رشفها من الأنبوب الأنفي المعدي .

6- يجب أن لا ننسى وضع قثطرة بولية للمريض لمراقبة النتاج البولي .

7- عندما تبدأ الشوارد والتوازن الحمضي القلوي بالعودة إلى القيم الطبيعية يجب البدء بالتغذية الوريدية الكاملة . حيث يجب أن نبدأ بها بعد عدة أيام من القبول قي المشفى والإنعاش بالسوائل والشوارد ونستمر بها حتى نتمكن من إعطاء التغذية الفموية .

8- في بعض الأحيان وبعد تراجع الحالة الالتهابية والوذمة في البواب يمكن بالاستعانة بالتنظير الهضمي أن نمرر أنبوباً أنفياً معوياً إلى مابعد البواب المتضيق بحيث نتمكن من استخدامه للتغذية حتى يزول التضيق ويعود الافراغ المعدي إلى الطبيعي .

9- يجب إيقاف الأدوية المضادة للالتهاب غير الستيروئيدية NSAIDs وإعطاء معالجة للخمج بالملوية البوابية .

لحسن الحظ فإن نسبة كبيرة من حالات تضيق مخرج المعدة القرحي تتراجع بهذه المعالجة ، كما أن المعالجات الدوائية الحديثة للسيطرة على الإفراز الحمضي المعدي ومعالجة الخمج بالملوية البوابية قد قللت من نسبة النكس الذي شكل مشكلة كبيرة سابقاً .

*- **المعالجة عبر التنظير الهضمي : (3)**

بينما يحتل التنظير الهضمي مكانة بارزة في التشخيص والتشخيص التفريقي لانسداد مخرج المعدة ، إلا أن دوره في المعالجة أقل وضوحاً حالياً .

ذكرنا في الفقرة السابقة عن دور التنظير الهضمي في وضع أنبوب التغذية الأنفي المعوي عبر البواب المتضيق. وبالإضافة إلى ذلك هناك دراسات عن دور التوسيع بالبالون ، حيث تبين الدراسات المبدئية أن هذه الطريقة إذا أضيف إليها المعالجة الدوائية المناسبة سوف تكون مفيدة في تدبير انسداد البواب القرحي وترافق مع نسبة وفيات منخفضة . إلا أن هذه النتائج لاتزال بحاجة للمزيد من المتابعة ،لأن نسبة نكس الانسداد بلغت حوالي 60% بعد 3 أشهر .

*- **المعالجة الجراحية :**

لقد تراجعت الحاجة إلى العمل الجراحي لتدبير انسداد مخرج المعدة القرحي بشكل كبير خلال العقدين الماضيين . (2-3)

- النقاط الهامة في التدبير الجراحي لانسداد مخرج المعدة القرحي : (3)

1- معظم الجراحين يفضلون تخفيف الضغط في المعدة من خلال أنبوب أنفي معدي قبل العمل الجراحي وذلك لمدة أسبوع على الأقل ، حيث أن هذا الإجراء بالإضافة إلى كونه جزءاً أساسياً من المعالجة المحافظة لهذه الحالة فهو يساعد على استعادة الحركية المعدية قبل العمل الجراحي مما يخفف من تأخرالإفرغ المعدي بعد العمل الجراحي.

2- يجب تفريغ المحتويات الراكدة وغسل المعدة بالمحلول الملحي في الفترة السابقة للعمل الجراحي من خلال أنبوب أنفي معدي .

3- يفضل بعض الجراحين غسل المعدة بمحلول صادات حيوية ممدد في اليوم السابق للعمل الجراحي لتخفيف احتمال إنتان الجرح الناتج عن فرط النمو الجرثومي في المحتويات المعدية الراكدة .

4- يجب الاهتمام بالدعم الغذائي للمريض قبل العمل الجراحي حتى الحصول على توازن نتروجيني إيجابي .

5- يكون الخيار الأفضل هو إجراء قطع مبهم مع استئصال الغار مع وضع أنبوب تغذية عبر الصائم لإعطاء التغذية للمريض عبره في الفترة التالية للعمل الجراحي .

6- في حال كان لدينا التهاب شديد في منطقة البواب بحيث يعيق الاستئصال الآمن، من الأفضل إجراء قطع المبهم مع مفاغرة معدية صائمية لتصريف محتويات المعدة .

7- عندما يكون الانسداد قد استمر لفترة طويلة قبل العمل الجراحي ، فإن ذلك يجعلنا نتوقع فترة طويلة من شلل الحركات الحوية المعدية بعد العمل الجراحي ، ولذلك من الأفضل أن نجري تفميم للمعدة أثناء العمل الجراحي لتجنب استخدام الأنبوب الأنفي المعدي لفترة طويلة .

8- الحركات الحوية المعدية يجب أن تعود خلال أسبوع بعد العمل الجراحي ، ،إذا تأخر أكثر من ذلك يجب إجراء تصوير هضمي علوي ظليل بالباريوم لنفي الانسداد الميكانيكي ، مع أنه غالباً لانجد عائقاً ميكانيكياً يمنع التصريف المعدي المعوي .

9- إعطاء المعالجة الداعمة وخاصة مثبطات مضخة البروتون لتخفيف خسارة الحمض عبر المفرزات المعدية .

10-عند تأخر الإفراغ المعدي يجب أن ننتبه لإعطاء التغذية المناسبة عبر أنبوب التغذية الصائمي للمريض، حيث أن الركودة المعدية قد تستمر لأسابيع أو حتى أشهر، وخاصة في الحالات التي ترافقت مع فترة مطولة من الانسداد السابق للعمل الجراحي .

بالنسبة لتقنية قطع المبهم مع قطع الغار فسيتم استعراضها لاحقاً .

☆ ***القرحة العفجية الناكسة بعد العمل الجراحي :***

إن تطور المعالجة الدوائية المثبطة للإفراز الحمضي في المعدة مع اكتشاف دور الملوية البوابية في القرحة الهضمية وطرق معالجتها قد أدى إلى تناقص كبير في الحاجة للمعالجة الجراحية للقرحة الهضمية ، كما خفف من حالات النكس بعد العمل الجراحي .

سابقاً كان يعتبر أن سبب النكس بعد العمل الجراحي هو أحد الأسباب التالية : (3)

- قطع غير تام للمبهم .
- قطع غير تام للمعدة وخاصة بقاء جزء من الغار بعد المفاغرة المعدية الصائمية .
- الغاسترينوما .

لكن بعد اكتشاف الملوية البوابية ودورها في القرحة الهضمية واختلاطاتها لم تعد العمليات الجراحية شائعة في تدبير القرحة الهضمية وبالتالي تراجعت نسبة النكس الناتجة عن العلاج الجراحي غير الكامل بينما ازدادت نسبة القرحات الناكسة الناتجة عن الغاسترينوما . وقد يكون الاستخدام الخفي للأسبرين ومضادات الالتهاب اللاستيروئيدية هو السبب الأشيع للقرحة الناكسة.

*- التشخيص :

يشكل الألم والنزف أكثر الأعراض شيوعاً للقرحة الناكسة بعد العمل الجراحي حيث يحدث كل منهما بنسبة 40% من المرضى ، ويحدث الانسداد بنسبة 10% من المرضى ، أما الانثقاب فهو نادر في القرحة الناكسة بعد العمل الجراحي .

يجب استجواب المريض بشكل مفصل والتدقيق على المعالجات السابقة للملوية البوابية ، المعالجة بمضادات الالتهاب اللاستيروئيدية ، الدخين ، تعاطي الكحول ، والقصة العائلية لمتلازمة الأورام الغدية المتعددة MEN .

التحاليل المخبرية قد تظهر فقر الدم الناتج عن النزف ، بالإضافة إلى التجفاف . كما يجب الاستقصاء عن مستوى الغاسترين في الدم لإثبات أو نفي الغاسترينوما ، حيث أنه إذا زاد مستوى الغاسترين في الدم عن 1000 بيكوغرام/مل فإن ذلك يعتبر مشخصاً للغاسترينوما ، أما

القيم الأقل من 100 بيكوغرام/دل فهي تنفي هذا التشخيص . أما بالنسبة للقيم المتوسطة للغاسترين فهي تحتاج إلى الاستقصاء أكثر من خلال اختبار التحريض بالسكريتين . (3)

التصوير الهضمي العلوي الظليل والتنظير الهضمي العلوي يلعبان دوراً هاماً في التشخيص . حيث يساعد التصوير الهضمي العلوي الظليل في تحديد التشريح بعد العمل الجراحي ، وفي تحديد الشذوذات الوظيفية .

أما التنظير الهضمي العلوي فهو الوسيلة الأساسية في تشخيص القرحة الناكسة وتحديد مكانها ، كما يسمح بأخذ الخزع لتشخيص الخمج بالملوية البوابية أو الخباثة ، مع أن الخباثة نادرة جداً في القرحة العفجية أو الصائمية وأكثر شيوعاً في القرحة المعدية .

*- التدبير :

يتألف التدبير من الخطوات التالية :

1- الصادات الحيوية الموجهة ضد الملوية البوابية في حال وجود الخمج بها .

2- تخفيف استعمال مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية قدر الإمكان في حال كان إيقافها غير ممكناً .

3- تخفيف تعاطي المشروبات الكحولية وإيقاف التدخين .

من النادر أن لا تستجيب القرحة الناكسة لهذه الإجراءات . ولكن إذا بقيت القرحة الناكسة موجودة لأكثر من ثلاثة أشهر على الرغم من استئصال الخمج بالملوية البوابية والمعالجة المضادة للحموضة ، أو إذا ترافقت هذه القرحة مع الانثقاب أو النزف أو الانسداد ، فإن المعالجة الجراحية تصبح مستطبة .

إن نوع العمل الجراحي في هذه الحالة يعتمد على العوامل التالية :

1- استطباب العمل الجراحي السابق . 2- نوع العمل الجراحي الذي تم إجراؤه سابقاً .

3- سبب النكس . 4- الأمراض المرافقة لدى المريض .

وطالما أن هذه القرحة قد نكست لدى المريض رغم العلاج الدوائي المكثف والدقيق وبرغم إجراء العمل الجراحي السابق فإنه من الطبيعي أن يكون الإجراء الجراحي الثاني أكثر هجوميةً. كما أن القرحة الناكسة تحمل خطورة النكس مرة ثانية ، ولذلك فإن الإجراء الجراحي الثاني سوف يتضمن استئصال القرحة حتماً .

الجدول التالي يوضح التوصيات الخاصة بالعمل الجراحي الثاني :

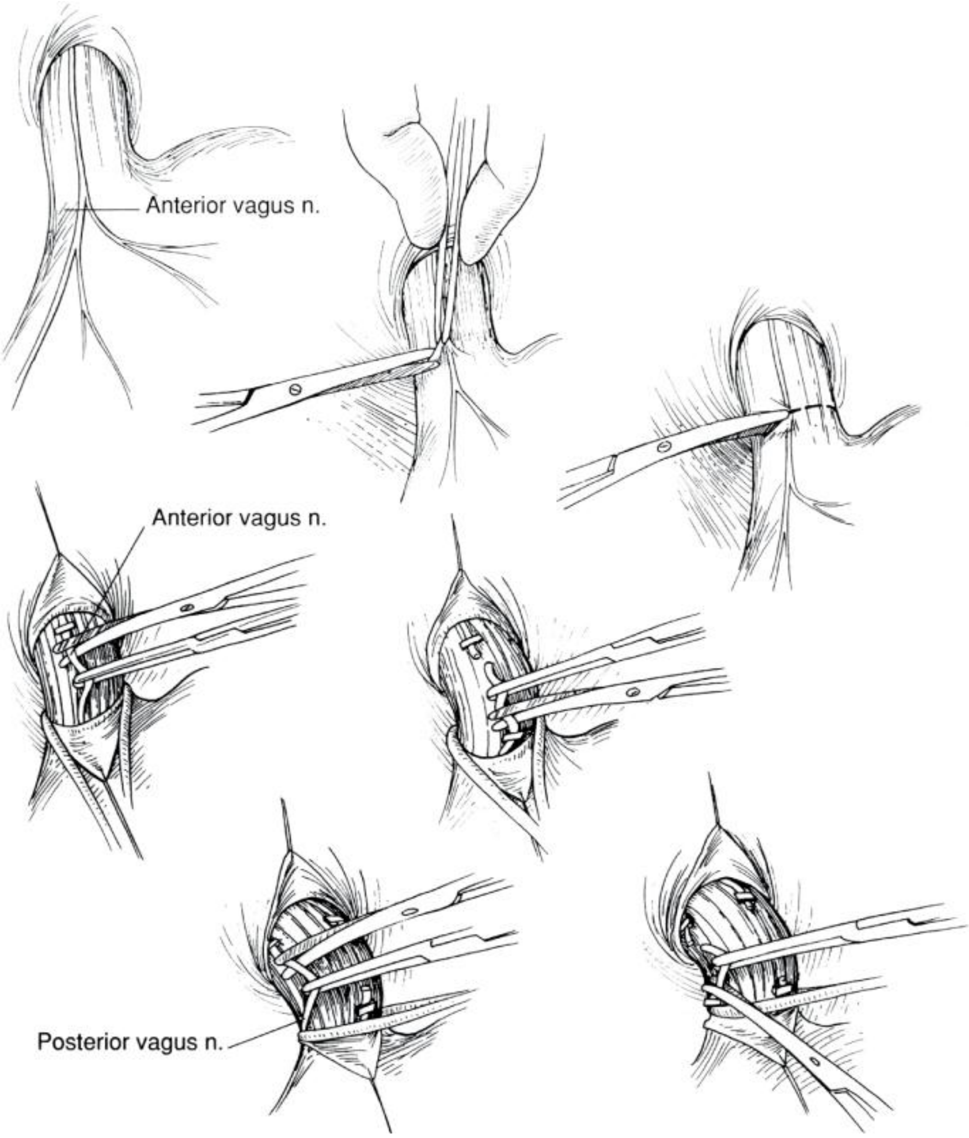
العمل الجراحي الأول:	**العمل الجراحي الثاني الموصى به:**
إجراء موضعي	قطع مبهم جذعي مع استئصال الغار
قطع معدة	قطع مبهم جذعي مع استئصال الجزء المتبقي من الغار في حال وجوده
قطع مبهم مع تصنيع بواب	التأكد من القطع التام للمبهم مع استئصال الغار .
قطع المبهم مع استئصال الغار	التأكد من القطع التام للمبهم مع استئصال الجزء المتبقي من الغار في حال وجوده
قطع المبهم الداني	قطع مبهم جذعي مع استئصال الغار
قطع معدة تحت تام	قطع مبهم جذعي مع استئصال الجزء المتبقي من الغار في حال وجوده

من المهم أن ننتبه إلى أن النتائج الوظيفية بعد العمل الجراحي الثاني لن تكون بنفس مستوى جودة النتائج بعد العمل الجراحي الأول ، حيث لاتجاوز نسبة النتائج الجيدة والممتازة بعد العمل الجراحي الثاني 60 –70% من المرضى . (3)

الفصل الرابع : لمحة مصورة عن الإجراءات الجراحية المستخدمة في تدبير القرحة العفجية

أولاً – عمليات قطع المبهم :

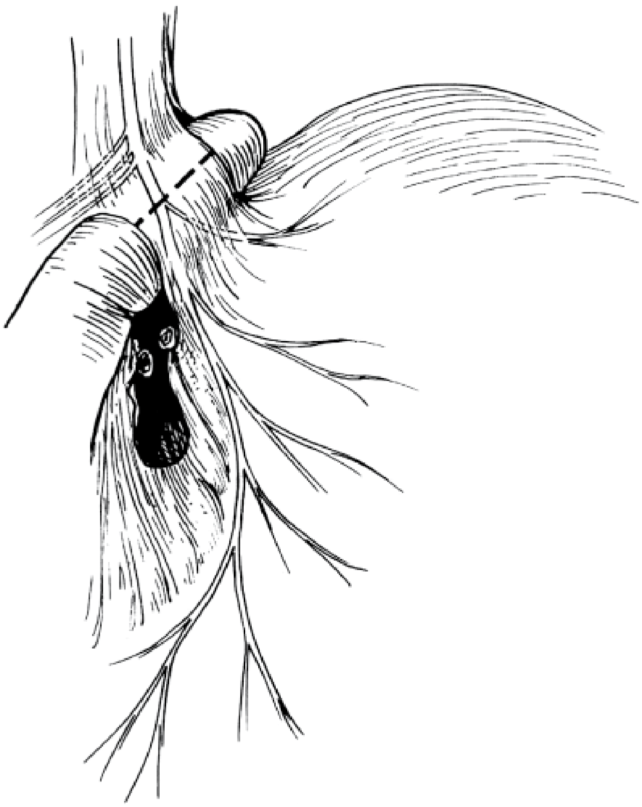
* – قطع المبهم الجذعي : Truncal Vagotomy



الشكل (9) مراحل قطع المبهم الجذعي (3)

وفي هذا الإجراء يتم قطع العصب المبهم قبل أن يعطي أياً من فروعه . وهنا من الضروري إجراء أحد التدابير لتصريف المعدة .

* – قطع المبهم الانتقائي Selective Vagotomy :

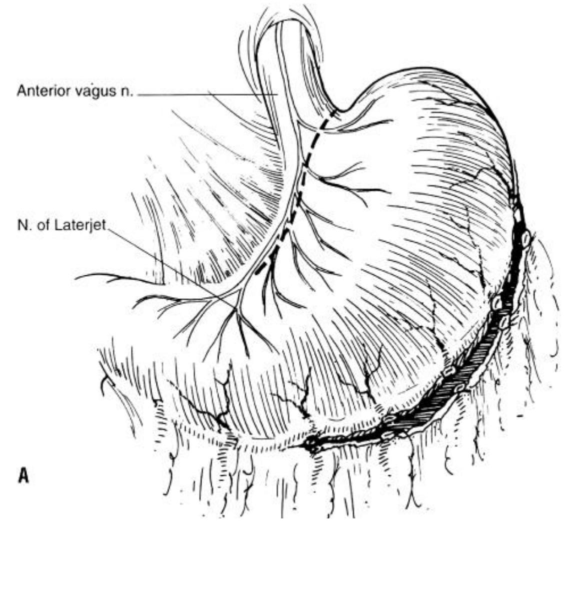


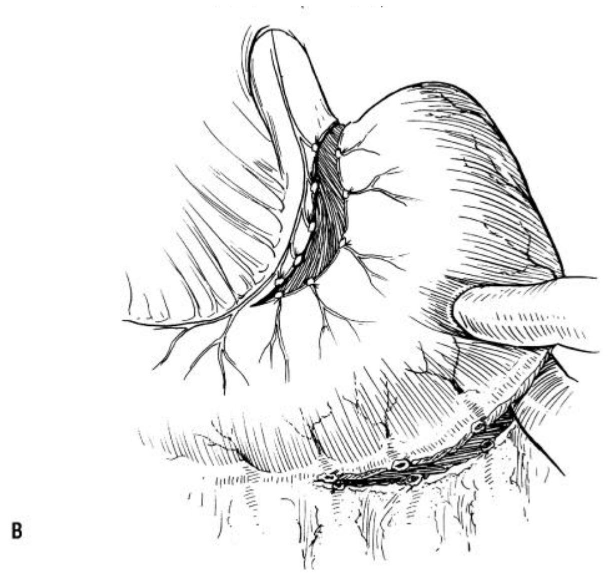
الشكل (10) مراحل قطع المبهم الانتقائي (3)

وفي هذه العملية يتم الحفاظ على الفروع الأمامية التي تذهب إلى الكبد والمرارة ، وعلى الفروع الخلفية التي تذهب إلى العقد الزلاقية ومنها إلى الأمعاء والبنكرياس . وبالتالي يمكن أن تجنبنا هذه العملية التأثيرات الجانبية المعوية والصفراوية لقطع المبهم الجذعي .

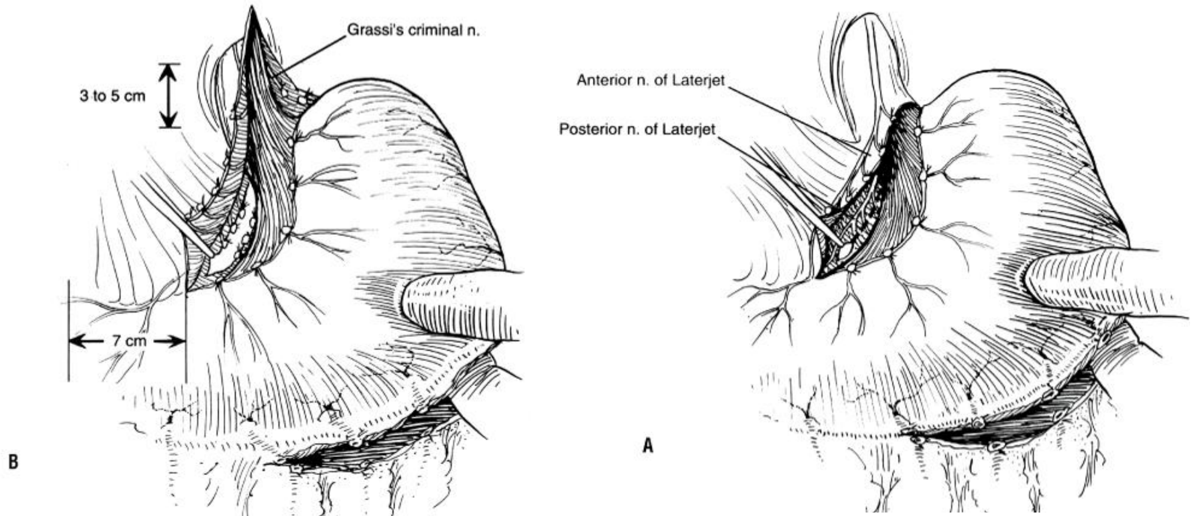
لكن أيضاً في هذه العملية من الضروري أن نجري أحد التدابير لتصريف المعدة . (1–3)

* – قطع المبهم عالي الانتقائية : HIGHLY SELECTIVE VAGOTOMY





الشكل (11–أ) قطع المبهم عالي الانتقائية : A :الخط المنقط يدل على مكان فتح الوريقة الأمامية للرباط المعدي الكبدي . B : قطع تفرعات العصب المبهم يبدأ تماماً قبل تشكل التفرعات بشكل قدم الغراب ويستمر باتجاه الأعلى حتى نصل إلى أيسر الوصل المريئي المعدي .



الشكل (11–ب) قطع المبهم عالي الانتقائية : A: الخط المنقط يدل على مكان فتح الوريقة الخلفية للرباط المعدي الكبدي . B : قطع تفرعات العصب المبهم الخلفي من خلال الفتحة التي تم إجراؤها سابقاً في الوريقة الأمامية .

في قطع المبهم عالي الانتقائية نقوم بقطع فروع العصب المبهم التي تذهب إلى جسم وقاع المعدة، وبالتالي نحافظ على الفروع التي تعصب البواب ولا نحتاج إلى إجراء تصريفي .

ثانياً- الإجراءات التصريفية :

نستخدم هذه الإجراءات عندما نجري قطع مبهم جذعي أو قطع مبهم انتقائي لتأمين تصريف محتويات المعدة بعد زوال التأثير المبهمي عنها .

الخيارات المتوفرة لإجراء التصريف هي :

1- مفاغرة معدية صائمية . 2- توسيع البواب .

3- خزع عضلية البواب . 4- تصنيع البواب .

كما يمكن أن نستخدم هذه الخيارات مع قطع المبهم عالي الانتقائية عندما يكون لدينا انسداد في البواب ناتج عن التندب القرحي .

* - <u>توسيع البواب</u> : **PYLORIC DILATATION**

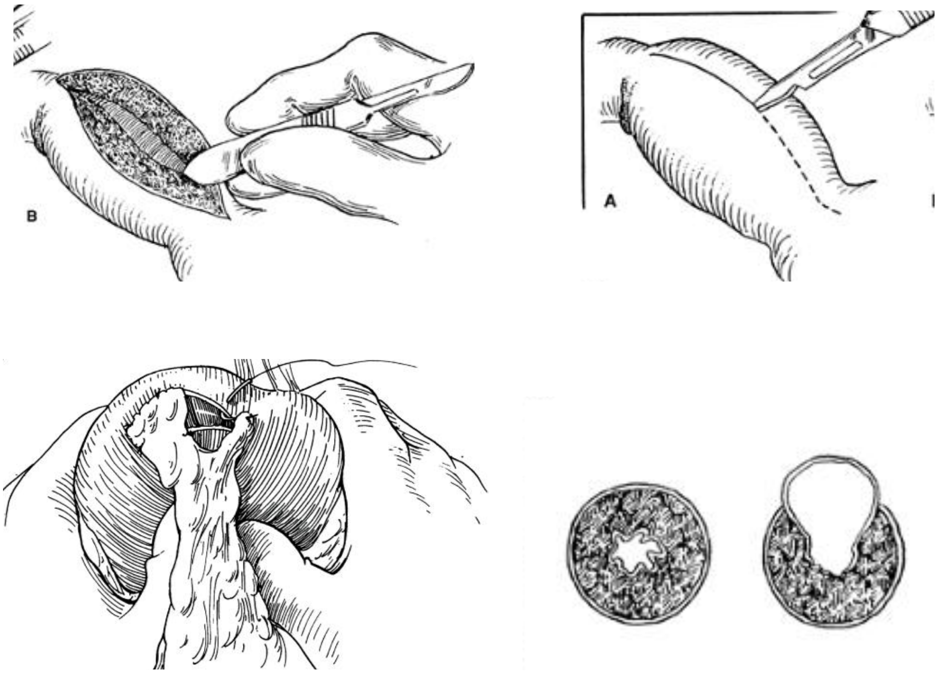
وفي هذه الطريقة يتم إجراء شق صغير في المعدة بطول 3-4 سم ومن خلاله يتم إدخال الإصبع لتوسيع البواب ، ثم يتم إغلاق الشق المجرى في المعدة .

وفي الحالات التي يجرى فيها قطع المبهم عبر تنظير البطن يمكن إجراء هذا التوسيع عبر التنظير الهضمي بشكل مرافق لتنظير البطن .

المؤيدون لهذه الطريقة يقولون إن الإجراء التصريفي بعد قطع المبهم الجذعي أو الانتقائي ليس ضرورياً كما كان يعتقد سابقاً أو قد يكون ضرورياً فقط لفترة محددة بعد العمل الجراحي وليس مدى الحياة ، وفي حال الحاجة لإعادة التوسيع يمكن إجراؤها عبر التنظير الهضمي . (3)

* - <u>خزع عضلية البواب</u> : **PYLOROMYOTOMY**

وفي هذه العملية يتم خزع الطبقة المصلية العضلية للبواب قبل الحلقة البوابية بـــ 1-2 سم وحتى بعدها بـــ 1سم، ويمكن أن نرفقها مع وضع رقعة ثربية لدعم منطقة الخزع . كما يمكن أن نجريها عبر الجراحة التنظيرية . (1-3)



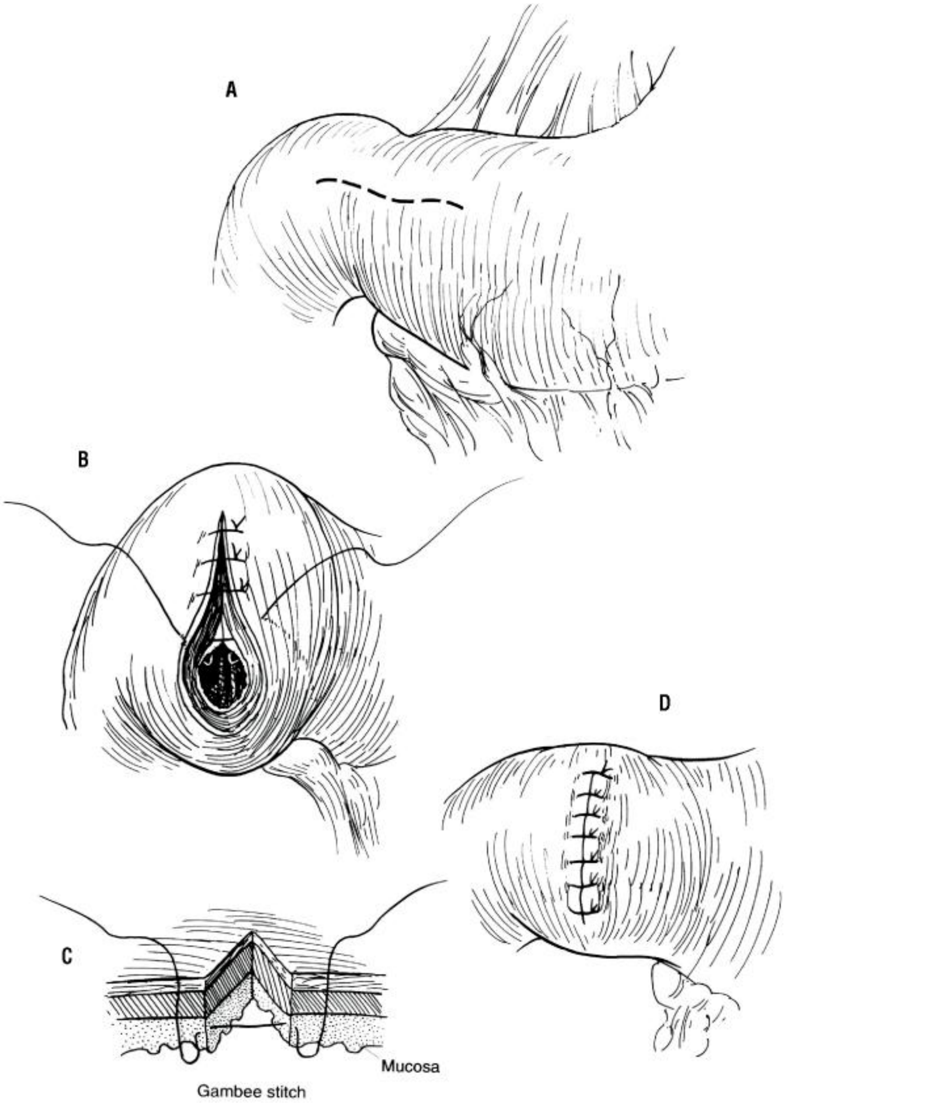
الشكل (12) طريقة خزع عضلية البواب حيث نقوم بقص الطبقة المصلية العضلية مع الانتباه لعدم تمزيق المخاطية ، ثم نضع رقعة ثربية فوق منطقة الخزع لحمايتها .

* – تصنيع البواب : **PYLOROPLASTY**

وهي تجرى غالباً بطريقة Heineke-Mikulicz ، لكن هذا الإجراء بشكل عام يكون صعباً عندما تكون منطقة البواب متندبة بشدة .

هذه العملية غالباً مانجريها في العمليات الإسعافية لتدبير القرحة المنثقبة أو النازفة حيث نستخدم الشق الذي نجريه لتصنيع البواب لنصل من خلاله إلى القرحة النازفة أو قد نجعله متضمناً للقرحة المثقوبة بحيث يتم استئصالها .

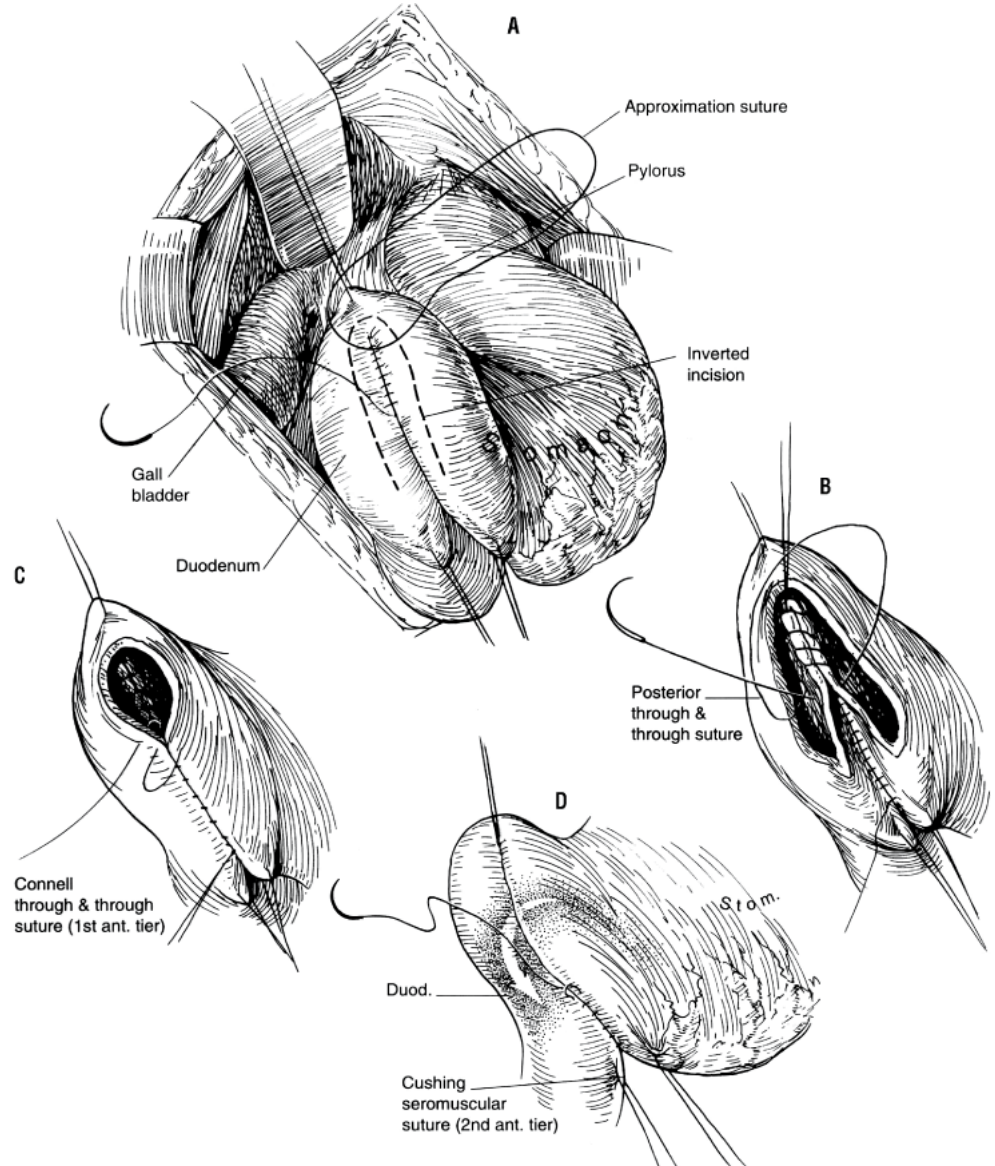
تبدأ العملية بإجراء مناورة كوخر ، ثم نجري شق على البواب والعفج بطول 5سم بحيث يشمل كامل طبقات الجدار ، من ثم تتم الخياطة بشكل عمودي على محور البواب .(1–3)



الشكل (13) تصنيع البواب بطريقة Heinecke-Mikulicz : A. شق كامل السماكة في جدار البواب فوق حلقة البواب ويمتد 2سم بالاتجاه القريب و 1−2 سم بالتجاه البعيد. B. إغلاق الشق بشكل عمودي على محور البواب. C. قطبة غامبي المستخدمة في التصنيع . D. البواب بعد انتهاء التصنيع .

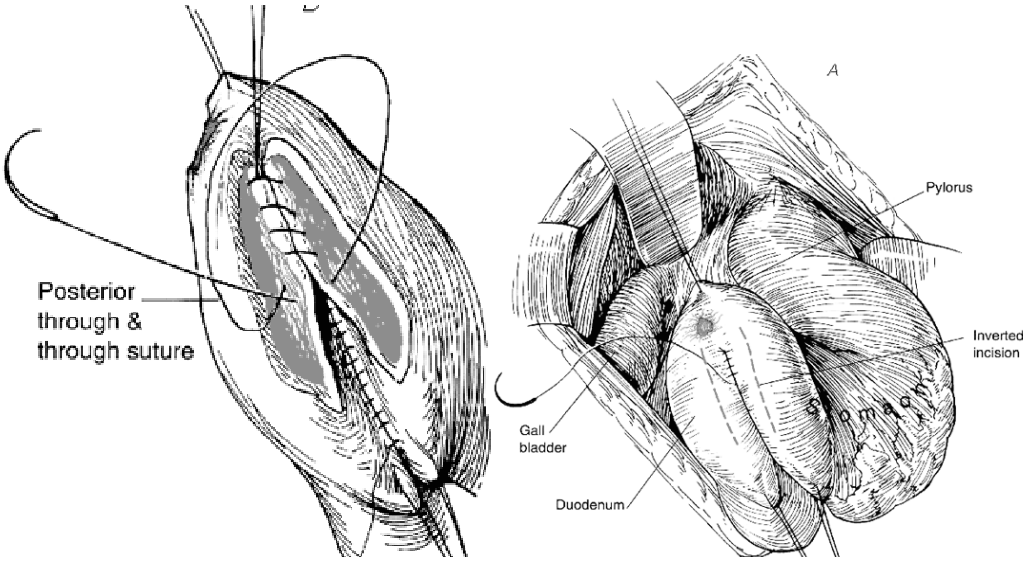
كما يمكن إجراء تصنيع البواب بطريقة Finney والتي تستخدم عندما يكون التندب ممتداً لمسافة طويلة .

وفي هذه العملية أيضاً نبدأ بإجراء مناورة كوخر ، ثم نجري شقاً على البواب والعفج بشكل حرف U المقلوب، ثم نقوم بخياطة الحواف على بعضها البعض كما هو موضح بالشكل التالي :



الشكل (14) تصنيع البواب بطريقة Finney : A . تقريب القسم البعيد للمعدة إلى القسم القريب للعفج من خلال الشد المتعاكس لثلاث قطب تؤخذ واحدة منها على البواب والثانية على الانحناء الكبير للمعدة على بعد 10سم من البواب والثالثة على العفج على بعد 10 سم من البواب ومن ثم إجراء شق بشكل حرف U مقلوب على طول الخط المنقط الموضح بالشكل . B . خياطة الحواف الداخلية إلى بعضها . C . خياطة الحواف الخارجية إلى بعضها . D . تقوية التصنيع بطبقة من قطب كوشينغ .

أيضاً يمكن إجراء التصنيع بطريقة Jaboulay والتي تشبه طريقة Finney لكن الشق على البواب والعفج يكونان منفصلين .

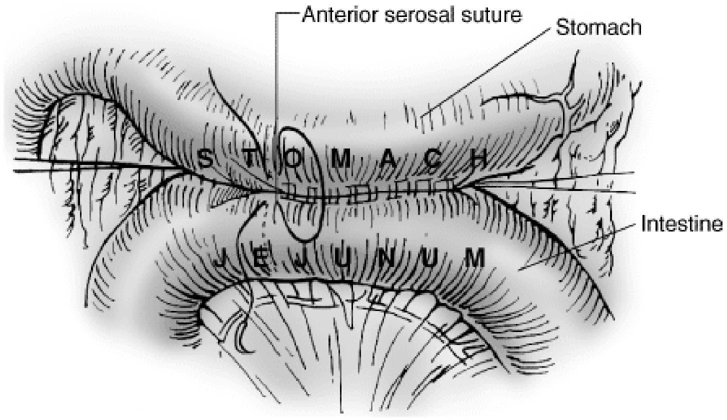


الشكل (15) تصنيع البواب بطريقة Jaboulay

* – المفاغرة المعدية الصائمية : (3–7)

تجرى هذه المفاغرة لضمان التصريف المعدي بعد قطع المبهمين عندما يكون العفج ملتهباً أو متليفاً بشدة ولايسمح بتصنيع البواب .

تجرى هذه المفاغرة بتحرير الانحناء الكبير للمعدة عند نقطة تقع قبل البواب بـــ 5سم لفصل الثرب الكبير لمسافة 6– 8 سم ثم نسحب الصائم أمام الكولون ولمسافة لا تبعد أكثر من 12–15 سم عن رباط ترايتز .ثم نضع قطب لامبيرت متواصلة ولمسافة 5 سم بين الصائم والمعدة ، ثم نجري شقين أحدهما على الانحناء الكبير للمعدة ةالثاني على حافة الصائم المقابلة للمساريقا . ثم نقوم بخياطة الحواف لبعضها البعض مع أخذ طبقة خارجية أمامية مصلية عضلية .



الشكل (16) المفاغرة المعدية الصائمية

ثالثاً – الإجراءات التي يتم فيها قطع المعدة :

كما ورد في الفقرات السابقة فإننا نضطر في بعض الأحيان لإجراء استئصالي في تدبير القرحة العفجية ، وخاصة في الحالات الناكسة والحالات المترافقة مع الانسداد .

وغالباً لانحتاج لأكثر من استئصال الغار مع إعادة الاستمرارية عبر المفاغرة بطريقة بيلروث **I** أو بيلروث**II** أو المفاغرة المعدية الصائمية على شكل Y (Roux – en – Y) . وطبعاً يكون ذلك مترافقاً مع قطع المبهم .

1- قطع الغار : ANTRECTOMY

وفي هذه العملية يتم استئصال 35% من المعدة بالاتجاه البعيد وهي المنطقة غير المفرزة للحمض .(3)

تبدأ العملية بإجراء قطع مبهم جذعي أو انتقائي .

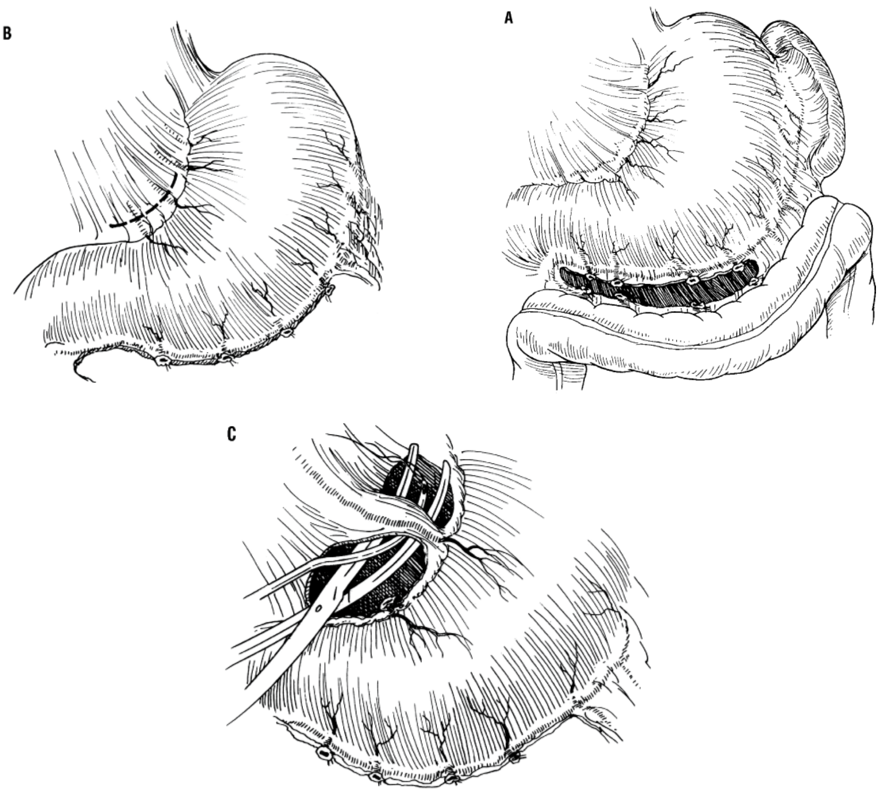
بعد ذلك نقوم بتحرير الجزء البعيد للمعدة ، وتحدد حواف القطع القريبة بالثلمة الزاوية على الانحناء الصغير ، والجزء الانتهائي للشريان المعدي الثربي الأيمن على النحناء الكبير . أما الحواف البعيدة للقطع فتحدد بحيث تشمل منطقة التقرح .

2 – إعادة الاستمرارية بعملية بيلروث **I** :

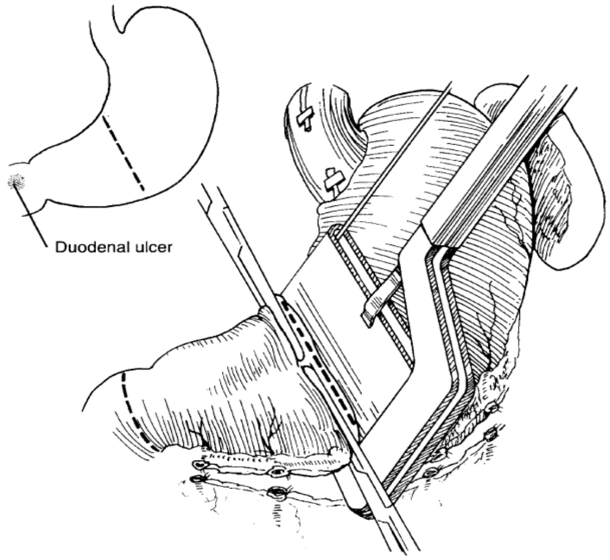
وهي تستخدم عندما يكون التندب في البواب وبصلة العفج أصغرياً .

في هذه العملية تتم مفاغرة الجزء المتبقي من المعدة إلى العفج مفاغرة نهاية لنهاية أو جانبية نهائية بشكل يدوي أو باستخدام الستابلر .

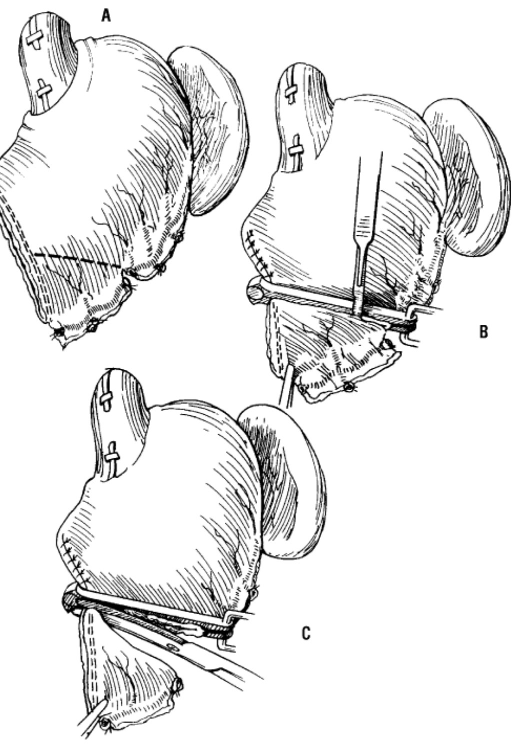
والخطوات موضحة في الأشكال التالية :



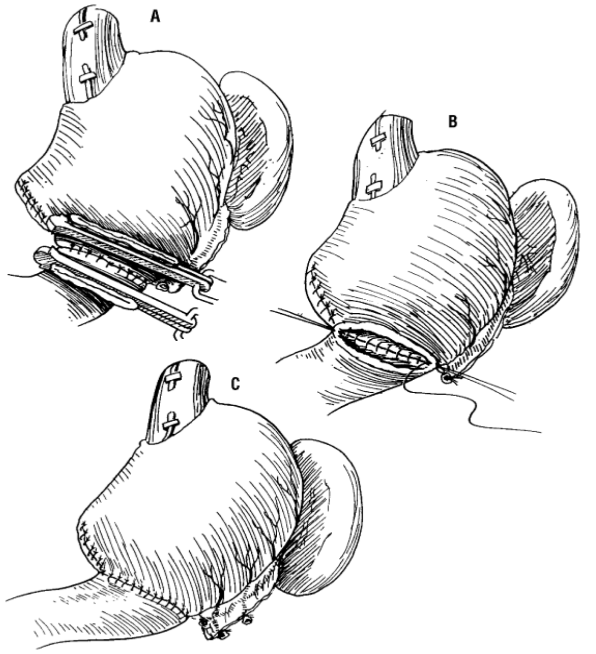
الشكل(17) تحرير القسم البعيد من المعدة تمهيداً لعملية قطع البواب



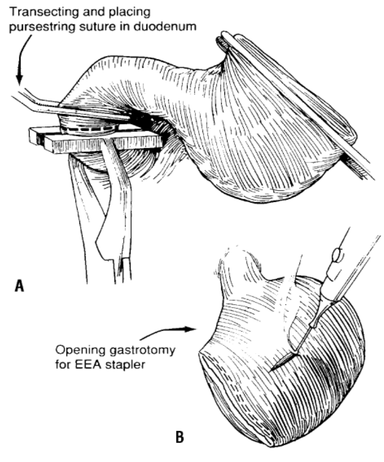
الشكل (18) قطع المعدة بواسطة الستابلر مع الانتباه إلى أنه تم قطع المبهم الجذعي

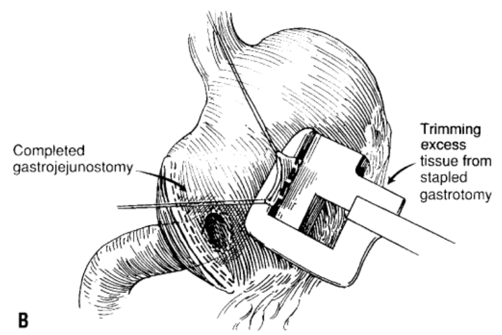


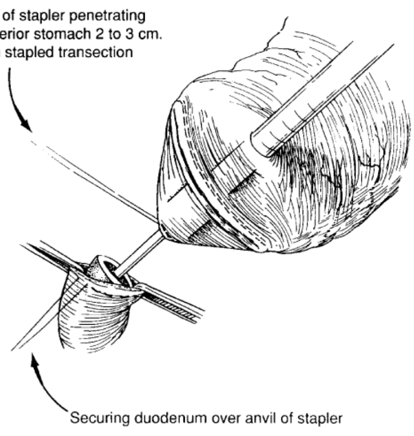
الشكل (19) إعادة قطع الجزء السفلي من حافة القطع السابقة تمهيداً لإجراء المفاغرة



الشكل (20) مفاغرة الجزء المتبقي من المعدة مع العفج (الطريقة اليدوية)







A الشكل (21) طريقة إجراء المفاغرة المعدية العفجية باستخدام الستابلر

3- إعادة الاستمرارية بعملية بيلروث II :

نستخدم هذه الطريقة عندما نجد أن البواب متندب بشدة ، وعندما لانتمكن من إجراء المفاغرة المعدية العفجية بدون شد بعد قطع المعدة .

تبدأ العملية بنفس الخطوات التي تبدأ بها بيلروث I حيث نقوم بقطع المبهمين وتحرير الجزء البعيد للمعدة وقطعه ثم قطع العفج ، وبعد ذلك تسير العملية بشكل مختلف حيث نبدأ بإغلاق جذمور العفج والذي يتم بأحد الطرق التالية :

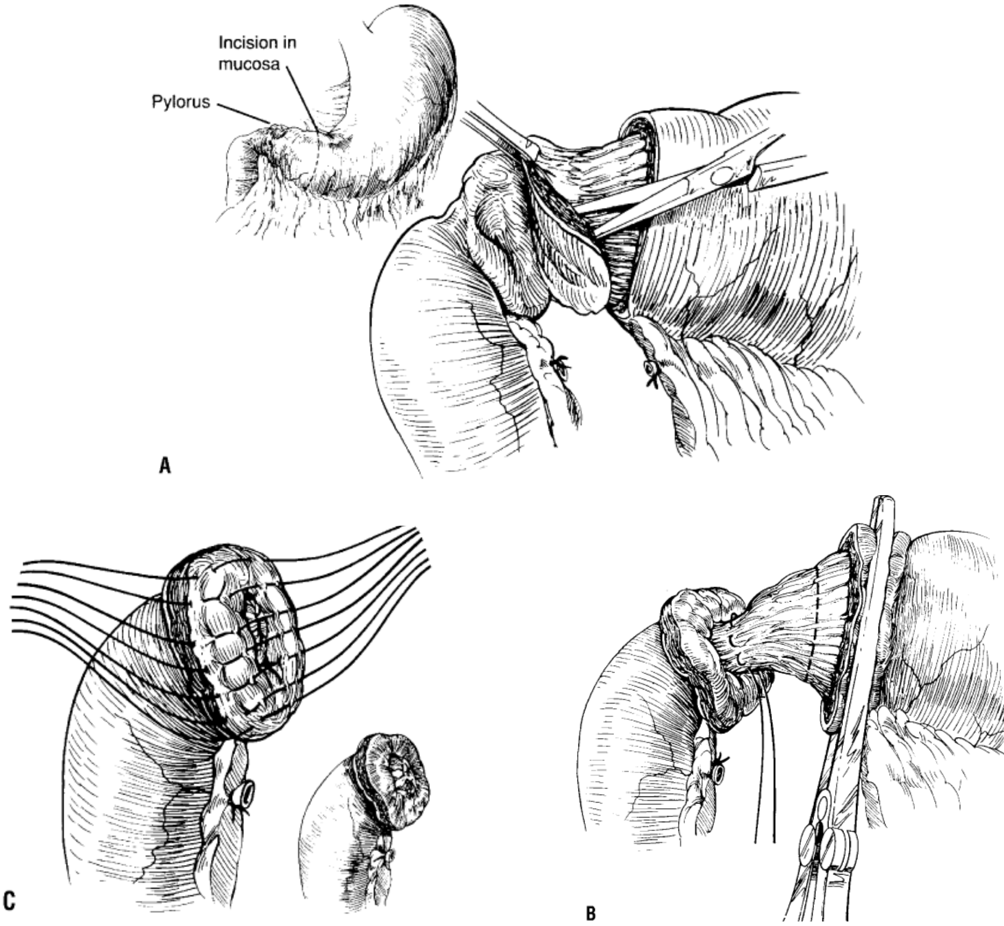
- في حال كان التندب في العفج خفيفاً يمكن أن نغلق الجذمور بواسطة الستابلر TA -55 أو بالخياطة اليدوية على طبقتين أو ثلاث طبقات .

- أو يمكن أن نستخدم طريقة بانكروفت Bancroft : والتي تفيد عندما يكون العفج متليفاً بشدة ومتثبتاً مع سلامة البواب .

بعد تحرير المعدة وقطعها نضع كوشرين على المعدة في منطقة الغار على بعد 5 سم قبل الوصل العفجي البوابي . ثم نجري شق بعد الكوشر مباشرة بحيث يشمل الطبقة المصلية العضلية ، ونفصل هذه الطبقة عن الطبقة المخاطية باتجاه الأسفل إلى الحلقة البوابية .

بعدها نغلق الطبقة المخاطية بوضع قطبة بسيطة أو قطبة صارة حولها في مستوى البواب، ثم نزيل النسيج المتبقي .

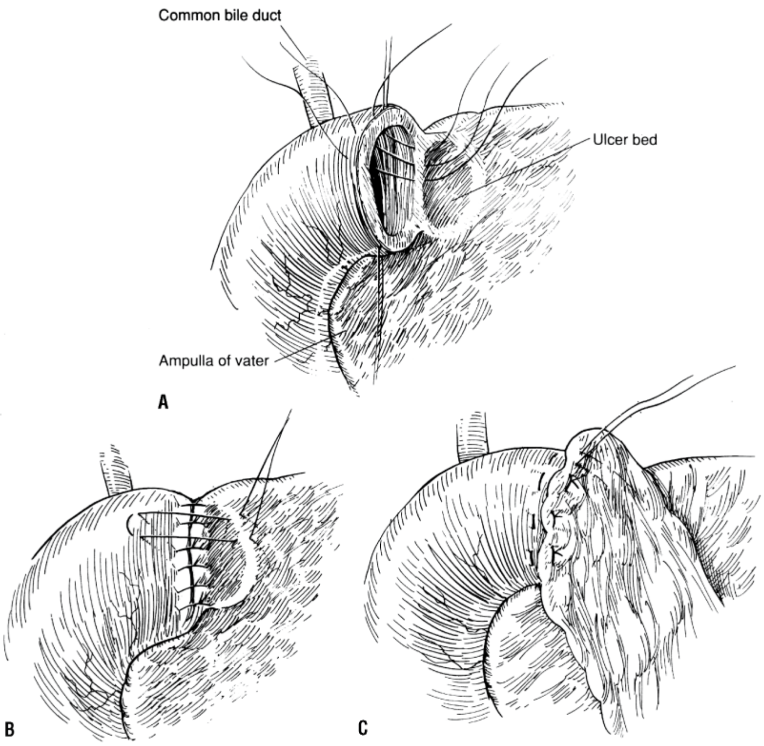
بعد ذلك نغلق الطبقة الخارجية المصلية العضلية بخياطة مستمرة ونطمرها للداخل بطبقة خارجية مستمرة ، ويمكن أن نضع رقعة ثربية فوقها .



الشكل(22) إغلاق جذمور العفج بطريقة بانكروفت

في بعض الأحيان تكون القرحة العفجية متوضعة على الوجه الخلفي للعفج ومخترقة ومثبتة على البنكرياس خلفها.

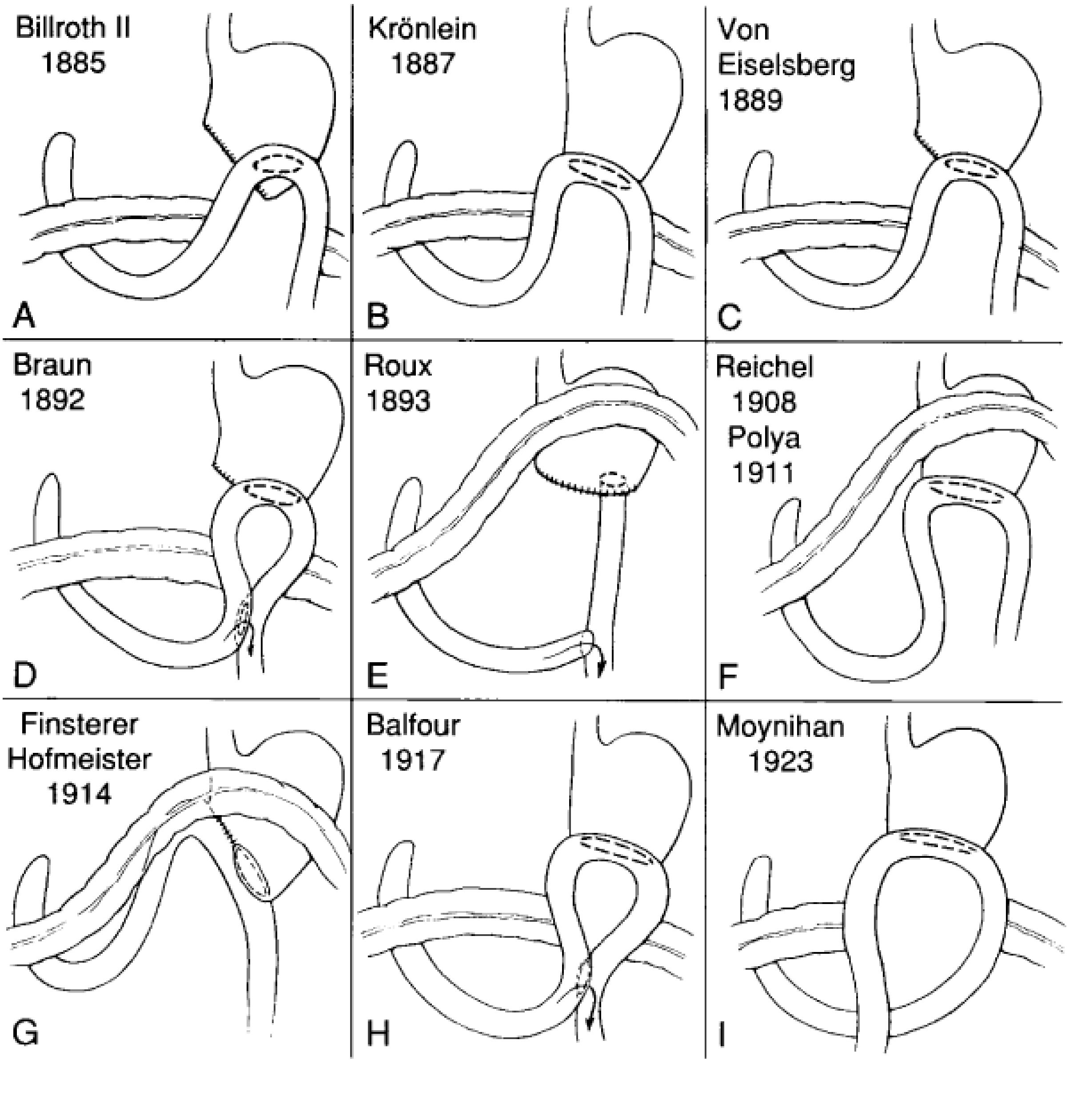
في هذه الحالة نترك القرحة في مكانها ونقطع العفج على حدود القرحة ومن ثم نقوم بخياطة الجدار الأمامي للعفج على قاعدة القرحة مع دعم الخياطة برقعة من الثرب .



الشكل (23) طريقة إغلاق جذمور العفج في حال وجود التندب والالتصاق على البنكرياس

المفاغرة المعدية الصائمية :

هناك نماذج متعددة للمفاغرة المعدية الصائمية في عملية بيلروث **II** وبكل الأحوال العروة يجب أن تكون أقرب ما يمكن إلى رباط ترايتز ولكن بشرط أن تصل إلى المعدة دون شد ، وهذا غالباً يمكن تحقيقه من خلال ترك عروة بطول 10–20سم بعد رباط ترايتز . كما يمكن أن نجري المفاغرة بطريقة Roux - en – Y .



الشكل (24) النماذج المتعددة للمفاغرة المعدية الصائمية في عملية بيلروث **II**

الباب الثاني : القسم العملي

عنوان البحث :

التدبير الجراحي لاختلاطات القرحة العفجية

Surgical Treatment of Duodenal Ulcer Complications

هدف البحث :

يهدف البحث إلى دراسة المرضى الخاضعين لعمل جراحي لتدبير أحد اختلاطات القرحة العفجية وذلك في مشافي حلب الجامعية (مشفى حلب الجامعي ، ومشفى الكندي التعليمي) .

ولقد تناولت الدراسة نسبة كل من الاختلاطات الممكن حدوثها لدى مريض القرحة العفجية ، وتواتر كل نوع من الاختلاطات المدروسة حسب السن والجنس و العلاقة مع التدخين وتناول مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية .

كما تناولت الدراسة وسائل التشخيص المتبعة وطرق التدبير الجراحي حسب كل اختلاط.

وتمت مقارنة النتائج مع الدراسات العربية والعالمية المتوفرة .

مادة البحث : شملت الدراسة 55 مريضاً من مرضى مشفى حلب الجامعي ومشفى الكندي التعليمي من الذين قبلوا في قسم الجراحة العامة بسبب أحد اختلاطات القرحة العفجية وذلك من عام 2004 وحتى عام2009 م .

أسلوب الدراسة المتبع :

تمت دراسة نسبة الاختلاطات و الوسائل التشخيصية المستخدمة وطريقة التدبير في قسم الجراحة العامة وذلك بالطريق الراجع لمعظم المرضى . كما تمت دراسة الاختلاطات التي حدثت خلال الفترة القريبة بعد العمل الجراحي ، وذلك لعدم إمكانية المتابعة على المدى الطويل .

تم تنظيم النتائج في جداول إحصائية ومخططات بيانية وقورنت مع الدراسات المماثلة في المراكز الأخرى محلياً وعالمياً .

استمارة البحث :

تم تنظيم استمارة البحث على الشكل التالي :

استمارة البحث

البطاقة الشخصية :

رقم المريض في الدراسة: رقم الملف في أرشيف المشفى:

المشفى: حلب الجامعي / الكندي

الجنس: العمر : الحالة العائلية : العمل:

تاريخ دخول المشفى :

تاريخ التخريج من المشفى :

الشكاية الرئيسية التي راجع بها المشفى :

- ألم بطني
- إقياءات
- إقياء مدمى
- تغوط زفتي
- نقص وزن

عوامل الخطورة :

التدخين : ○ نعم ○ لا

استعمال NSAIDs : ○ نعم ○ لا

السوابق :

المرضية :

الجراحية :

الدوائية :

العائلية :

الاستقصاءات :

مخبرية : الخضاب : تعداد الكريات البيض: الصيغة :

البولة: الكرياتنين : الصوديوم :

البوتاسيوم :

شعاعية : صورة صدر بسيطة :

صورة صدر مع إظهار القبتين :

صورة البطن البسيطة :

إيكو بطن:

طبقي محوري للبطن :

تصوير هضمي ظليل علوي :

تنظيرية :

تنظير هضمي علوي :

تنظير هضمي سفلي :

مبررات القرار الجراحي :

الموجودات بالفتح الجراحي :

العمل الجراحي :

متابعة المريض بعد العمل الجراحي والاختلاطات في حال حدوثها :

النتائج الإحصائية وتحليلها

حجم العينة المدروسة هي 55 مريضاً راجعوا مشفى حلب الجامعي أو مشفى الكندي التعليمي خلال الفترة بين 2004–2009 بسبب أحد اختلاطات القرحة العفجية .

كان توزع المرضى حسب الجنس كمايلي :

	العدد	النسبة المئوية
ذكور	39	%70,9
إناث	16	%29,1

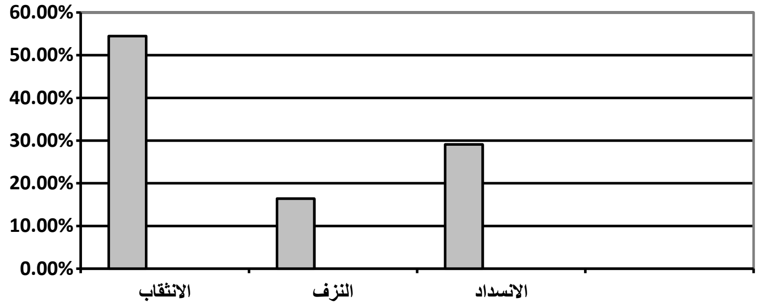
الجدول رقم (1)

وهذا يتوافق مع ماهو معروف عالمياً بأن نسبة الذكور المصابين بالقرحة الهضمية واختلاطاتها بشكل عام هي أعلى بشكل واضح من نسبة النساء لأسباب مختلفة ، مع أن نسبة النساء تزداد تدريجياً بسبب ازدياد نسبة المدخنات ودخول المرأة إلى مجالات العمل المختلفة وتعرضها لنفس الضغوط التي يتعرض لها الرجل .

أما بالنسبة لتوزيع المرضى بحسب الاختلاط فكان كمايلي :

	العدد	النسبة
الانثقاب	30	%54,5
النزف	9	%16,4
الانسداد	16	%29,1

الجدول رقم (2)



مخطط (1) يبين نسبة كل من الاختلاطات المدروسة

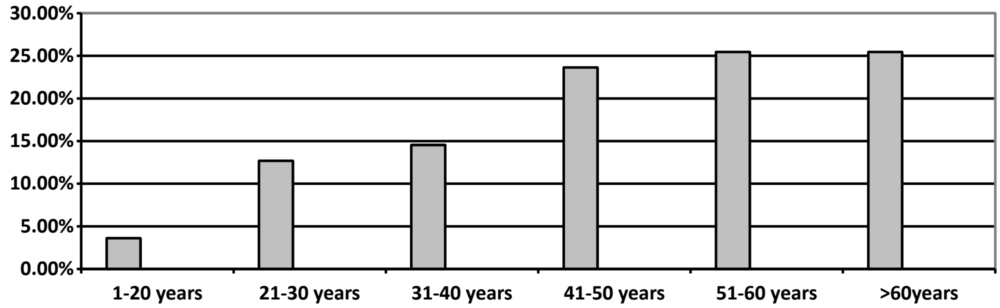
ونجد أن معظم الحالات هي الانثقاب القرحي حيث تراجعت وبشكل ملحوظ نسبة النزف والانسداد وذلك بسبب تطور المعالجة الدوائية للقرحة الهضمية بشكل عام وتطور الوسائل عبر التنظير الهضمي للسيطرة على القرحة النازفة .علماً ان الاختلاط الأكثر حدوثاً بشكل عام هو النزف ، لكن تطور طرق المعالجة عبر التنظير الهضمي والمراقبة الجيدة للمرضى أدت إلى ندرة حالات النزف التي تحتاج إلى العمل الجراحي كما ورد سابقاً في القسم النظري .

أما بقاء نسبة الانثقاب القرحي عالية نسبياً فهذا يعزى غالباً إلى زيادة انتشار استخدام مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية NSAIDs وبشكلٍ عشوائي غالباً .

بالنسبة لأعمار المرضى المدروسين فتم توزيعه حسب الفئات التالية :

الفئة العمرية	العدد	النسبة
1–20 سنة	1	%3,6
21–30 سنة	5	%12,7
31–40 سنة	8	%14,55
41–50 سنة	13	%23,64
51–60 سنة	14	%25,45
> 60 سنة	14	%25,45
المجموع	55	

جدول رقم (3)



مخطط (2) بياني لتوزع المرضى حسب الفئات العمرية

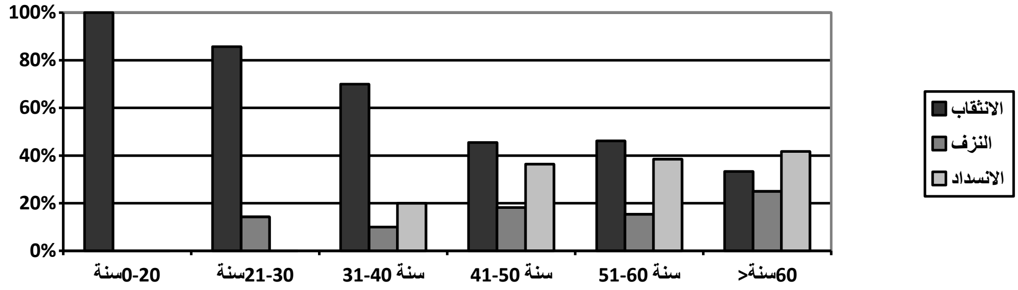
نجد أن الاختلاطات كانت متركزة في الفئات بين الأكبر من 40 سنة حيث يزداد التعرض للضغوط النفسية وتزداد نسبة المدخنين والعتمدين على NSAIDs .

كما تم دراسة توزع المرضى حسب الفئات العمرية وحسب كل اختلاط فكانت النتائج التالية :

الفئة العمرية	العدد الكلي	الانثقاب		النزف		الانسداد	
		العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
0–20	1	1	%100	0	0	0	0
21–30	5	4	%80	1	%20	0	0
31–40	8	5	%62,5	1	%12,5	2	%25
41–50	13	7	%53,85	2	%15,39	4	%30,78
51–60	14	7	%50	2	%14,29	5	%35,71
60<	14	6	%42,86	3	%21,43	5	%35,71

جدول رقم (4)

نلاحظ أن الانثقاب كان هو الاختلاط الوحيد في الأعمار الأصغر من 20 سنة وهذا يتوافق مع كون النزف أكثر تواتراً في الأعمار الكبيرة ، كما أن الانسداد الذي يستدعي التدبير الجراحي يحتاج إلى كون القرحة مزمنة وبالتالي سيحدث بالأعمار المتقدمة أكثر ، وبالفعل نلاحظ ازدياد نسبة النزف والانسداد مقارنة مع الانثقاب مع تقدم العمر .



مخطط (3) بياني يبين نسبة كل من الاختلاطات بحسب الفئات العمرية

ولدى حساب متوسط الأعمار لكل اختلاط كانت النتائج كالتالي:

	متوسط أعمار المرضى
الانثقاب	47 سنة
النزف	53 سنة
الانسداد	55 سنة

جدول رقم (5)

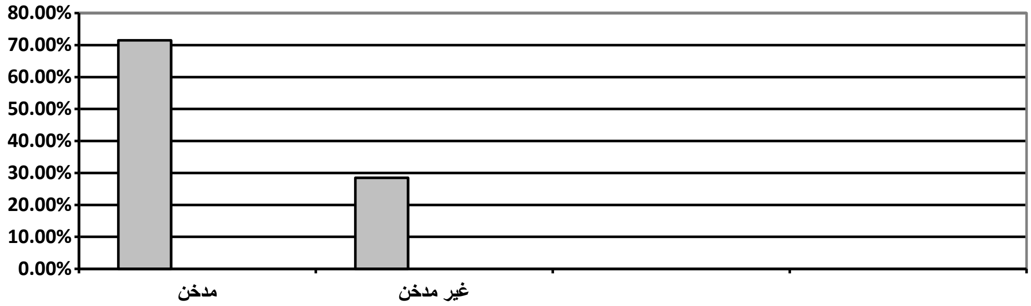
ونلاحظ من هذا الجدول أن متوسط الأعمار لمرضى النزف والانسداد أكبر من مرضى الانثقاب بشكلٍ ملحوظ ، لكن متوسط أعمار المرضى بشكل عام لكل الاختلاطات هو أقل من المستويات العالمية وذلك يرجع غالباً إلى غياب الالتزام بالمعالجات الدوائية وعدم مراجعة الطبيب قبل حدوث الاختلاط .

تمت دراسة نسبة انتشار التدخين بين مرضى العينة، وكانت النتائج كالتالي :

	العدد	النسبة
مدخنين	40	%72,8
غير مدخنين	15	%27,2

جدول رقم (6)

وهي نتيجة منطقية كونه معروفاً أن التدخين يلعب دوراً هاماً في إمراضية القرحة الهضمية واختلاطاتها.



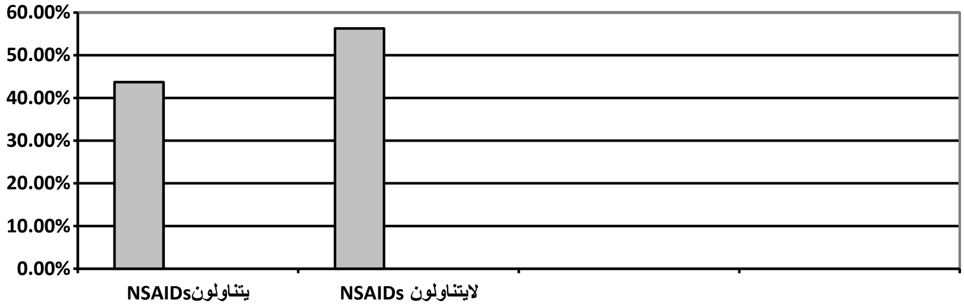
مخطط (4) نسبة المدخنين إلى غير المدخنين بين مرضى العينة المدروسة

ومن عوامل الخطورة الهامة الأخرى تناول مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية NSAIDs وكانت نسبة استخدامها بين مرضى العينة المدروسة كما يلي :

	العدد	النسبة
يستخدمون NSAIDs	24	%43,7
لايستخدمون NSAIDs	31	%56,3

جدول رقم (7)

علماً أنه يذكر في المراجع أن أكثر من نصف المرضى المصابين بالقرحة الهضمية المختلطة يستخدمون NSAIDs ، وهذه الأدوية تلعب دوراً في القرحة المعدية غير المختلطة أكثر من القرحة العفجية غير المختلطة ، أما عند حدوث الاختلاطات فإن النسبة تكون متقاربة . (3−7)

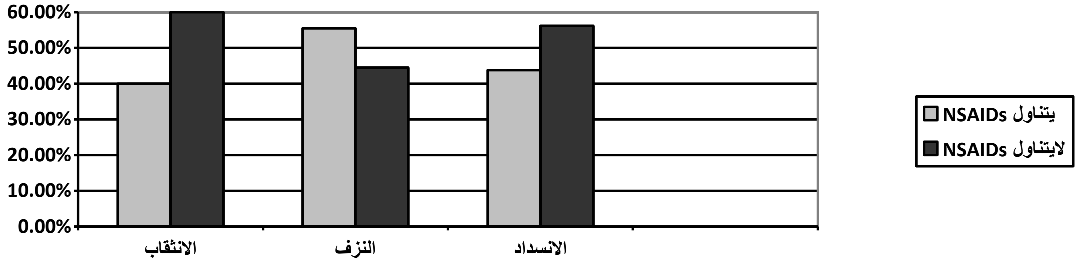


مخطط (5) نسبة مستخدمي NSAIDs بين مرضى العينة المدروسة

كما تمت دراسة نسبة مستخدمي NSAIDs في كل اختلاط ، وكانت النتائج كمايلي :

الاختلاط	العدد الكلي	يتناولون NSAIDs		لايتناولون NSAIDs	
		عدد	نسبة	عدد	نسبة
انثقاب	30	12	%40	18	%60
نزف	9	5	%55,5	4	%44,5
انسداد	16	7	%43,8	9	%56,2

جدول رقم (8)



مخطط(6) بياني لنسبة مستخدمي NSAIDs في كل اختلاط

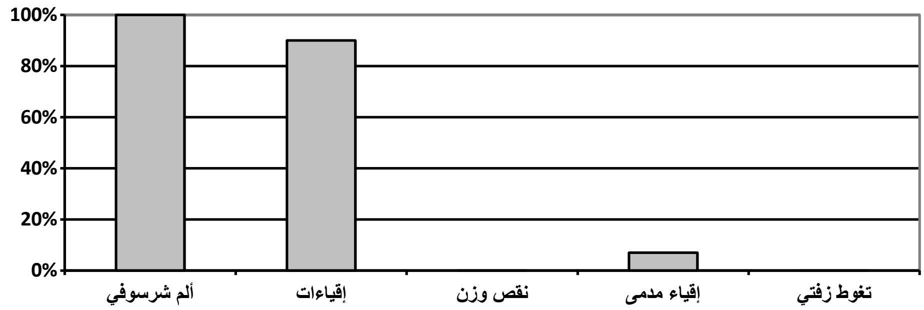
حاولنا دراسة المرضى الذين لديهم خمج بالملوية البوابية لكن كون الدراسة تمت بالطريق الراجع لمعظم مرضى العينة فإن المعلومات اللازمة لم تكن متوفرة في ملفات المرضى ، ومعظم المرضى أجري لهم العمل الجراحي دون أن يكون هناك معلومات عن إصابتهم بالخمج ، كما لم يتم أخذ الخزعات من المخاطية أثناء العمل الجراحي ليتم تشخيص الخمج بالملوية البوابية من خلالها .

بالنسبة للأعراض والعلامات التي راجع بها المرضى قسم الجراحة فتمت دراستها حسب كل اختلاط . وكانت الأعراض لدى مرضى القرحة العفجية المثقوبة كمايلي :

العرض أو العلامة	العدد	النسبة
ألم شرسوفي	30	%100
إقياءات	27	%90
نقص وزن	–	%0
إقياء مدمى	2	%7
تغوط زفتي	–	%0

الجدول رقم (9)

نجد أن الألم الشرسوفي قد حدث لدى كافة المرضى وكان ألماً حاداً بشكل عام ، وهذه نتيجة منطقية كون الألم الشرسوفي الحاد هو عرض أساسي للانثقاب القرحي . لم يذكر أي من المرضى وجود قصة نقص وزن ، وهذا يمكن تفسيره بأن الانثقاب غير مرتبط بكون القرحة العفجية مزمنة ، حيث أن مرضى القرحة العفجية الحادة يزداد ألمهم عند الجوع ويخف بتناول الطعام .



مخطط (7) لنسبة توارد الأعراض والعلامات لدى مرضى القرحة العفجية المثقوبة

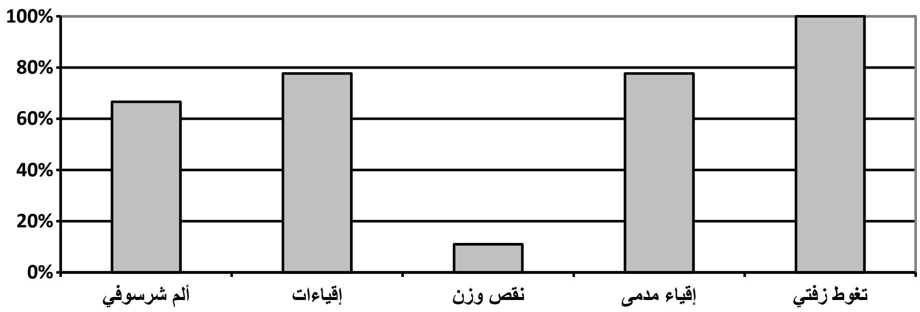
بالنسبة للقرحة النازفة كان توزع الأعراض والعلامات كما يلي :

العرض أو العلامة	العدد	النسبة
ألم شرسوفي	6	%66,6
إقياءات	7	%77,7
نقص وزن	1	%11
إقياء مدمى	7	%77,7
تغوط زفتي	9	%100

الجدول رقم (10)

نجد أن الألم الشرسوفي لم يكن موجوداً لدى كل مرضى القرحة العفجية النازفة ،وفي الحالات التي كان الألم فيها إيجابياً لم يكن الألم حاداً كما كان في حالات الانثقاب القرحي .

نجد أن التغوط الزفتي كان موجوداً لدى كافة المرضى وهذا أمر منطقي ويجب أن ينبهنا إلى ضرورة نفي حالات النزف الهضمي العلوي في كافة حالات التغوط الزفتي .



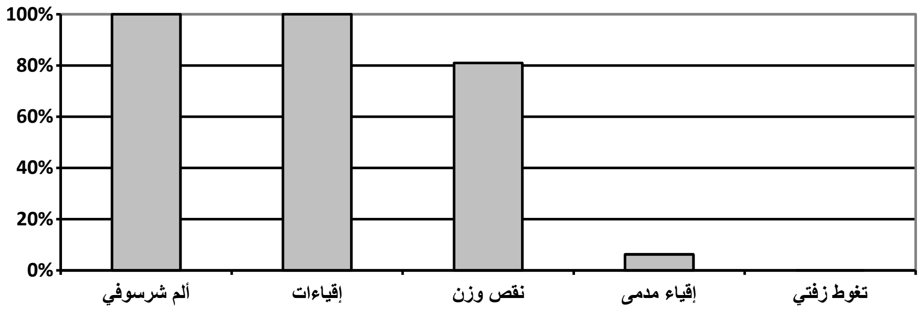
المخطط(8) توزع الأعراض والعلامات لدى مرضى القرحة العفجية النازفة

وفي حالات القرحة العفجية السادة كان توزع الأعراض كما يلي :

العرض أو العلامة	العدد	النسبة
ألم شرسوفي	16	%100
إقياءات	16	%100
نقص وزن	13	%81
إقياء مدمى	1	%6,25
تغوط زفتي	0	%0

الجدول رقم (11)

نجد أن الألم الشرسفي كان موجوداً لدى كل المرضى ،لكن طبيعة الألم كانت تشنجية ماغصة ، وكانت الشكاية مزمنة لدى كافة المرضى . كما نجد أن نقص الوزن كان متواجداً لدى معظم المرضى وهذا يتفق مع كون الانسداد الذي يحتاج إلى المعالجة الجراحية يرتبط مع شكاية قرحية مزمنة تترافق مع التليف التدريجي في البواب وإقياءات مزمنة .



المخطط (9) نسبة الأعراض والعلامات لدى مرضى القرحة العفجية السادة

بالنسبة للوسائل التشخيصية المستخدمة فكانت كمايلي :

– في الانثقاب القرحي كانت الوسيلة التشخيصية الأكثر استخداماً هي صورة الصدر البسيطة مع إظهار قبتي الحجاب الحاجز . كما تم إجراء إيكو البطن في 21 حالة من أصل 30 حالة انثقاب مدروسة .

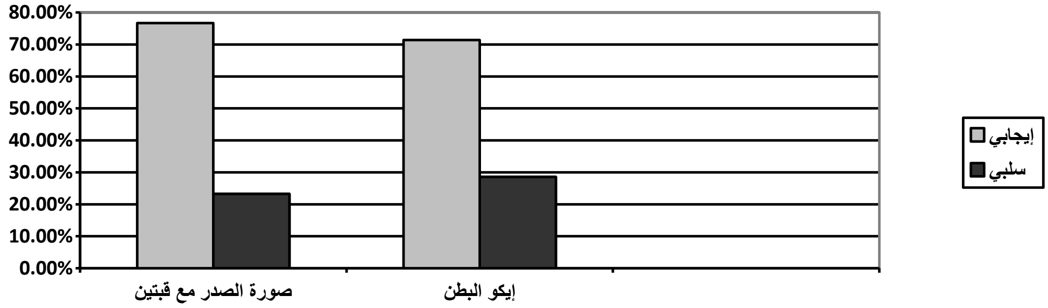
لم يتم إجراء تنظير هضمي علوي أو تصوير طبقي محوري قبل العمل الجراحي في أي من الحالات المدروسة .

	العدد الكلي	إيجابي		سلبي	
		العدد	النسبة	العدد	النسبة
صدر مع قبتين	30	23	%76,7	7	%23,3
إيكو بطن	21	15	%71,4	6	%28,6

الجدول رقم (12)

علماً أن الإيجابية في صورة الصدر مع إظهار القبتين تعني وجود الهلال الغازي أما إيجابية الإيكو فتعني وجود السائل الحر .

وكان لدينا ثلاث حالات من الحالات الإيجابية بالإيكو سلبية بصورة الصدر مع إظهار القبتين حيث تم الاعتماد على وجود السائل الحر مع الأعراض والقصة السريرية الموافقة لوضع التشخيص وتقرير العمل الجراحي على أساسه .



مخطط (10) نسبة إيجابية وسلبية الاستقصاءات المستخدمة في تشخيص الانثقاب القرحي في العينة المدروسة

- أما في حالات القرحة النازفة فنجد أنه أجري تنظير هضمي علوي لكل المرضى مع محاولة إيقاف النزف عبر التنظير ، وتم اللجوء إلى الجراحة عند فشل هذه المحاولة دون الحاجة إلى استقصاءات أخرى .

- في حالات الانسداد أيضاً تم إجراء تنظير هضمي علوي لكل المرضى مع تصوير هضمي علوي ظليل أيضاً لكل المرضى في العينة المدروسة . وكانت نسبة الإيجابية لكلا الاستقصاءين 100% .

التدبير :

كان تدبير كل الحالات في دراستنا من خلال الجراحة المفتوحة ولم يتم استخدام المنظار بسبب عدم توفر جهاز للجراحة التنظيرية في قسم الإسعاف في مشفى حلب الجامعي .

بالنسبة لتدبير حالات الانثقاب القرحي فقد كان كما هو موضح في الجدول التالي :

	العدد	النسبة
رقعة ثربية فقط	27	%90
رقعة ثربية + GJ + TV	3	%10

TV : قطع المبهم الجذعي GJ : مفاغر معدية صائمية

الجدول رقم (13)

نجد أن الغالبية العظمى من الحالات تم تدبيرها برقعة غراهام دون أي إجراء جراحي لتقليل الإفراز الحمضي ، وقد أتبع العمل الجراحي في كافة الحالات تقريباً بإعطاء علاج الملوية البوابية . وهذا مطابق للتوجه الحالي بالاكتفاء بإغلاق الثقب جراحياً مع معالجة الخمج بالملوية البوابية دوائياً ، دون أن يكون هناك نسبة نكس عالية على المدى الطويل .

كان من بين الحالات حالة انثقاب ناكس كان قد أجري لها رقعة غراهام فقط في المرة الأولى وذلك قبل خمس سنوات من النكس ، وفي المرة الثانية أيضاً أجري لها رقعة غراهام فقط دون أي إجراء لتثبيط الإفراز الحمضي ، وتم إعطاء معالجة للملوية البوابية بعد العمل الجراحي ، علماً أنه تم التأكد من أن المريض لديه خمج بالملوية البوابية . وتم إجراء تنظير هضمي علوي للمريض بعد ستة أشهر من العمل الجراحي أظهر أن المعدة والعفج سليمان دون أي أثر للقرحة الهضمية .

علماً أننا لم نتمكن من دراسة نسبة النكس على المدى الطويل بسبب صعوبة التواصل مع مرضى العينة المدروسة.

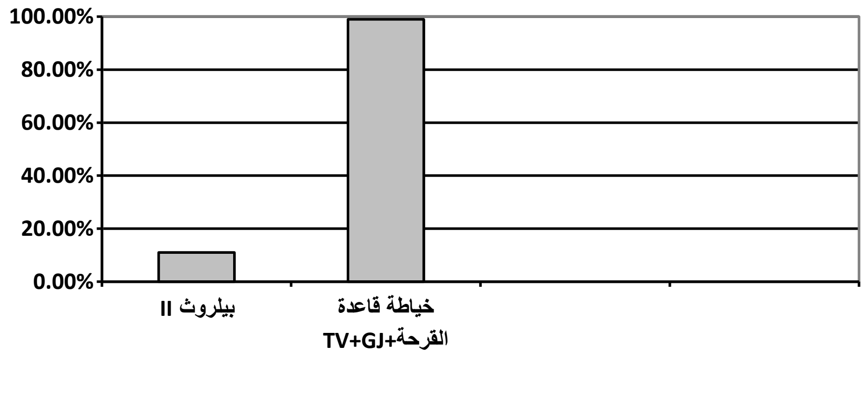
بالنسبة لإجراءات تدبير القرحة النازفة فكانت كما يلي :

	العدد	النسبة
بيلروث II	1	%11
خياطة قاعدة القرحة+GJ+T.V	8	%89

الجدول رقم (14)

أي في كل الحالات تم إجراء تدبير مضاد للحموضة علماً أنه يذكر حالياً أنه يمكن الاكتفاء بخياطة قاعدة القرحة للسيطرة على النزف مع إعطاء معالجة للخمج بالملوية البوابية بعد العمل الجراحي ،لكن هذا التوجه بحاجة للمزيد من الدراسة حسب المراجع المتوفرة لدينا .(2)

لم تتوفر لدينا معلومات عن سبب اختيار المفاغرة المعدية الصائمية كإجراء تصريفي وعدم الاكتفاء بتصنيع البواب مكان الفتحة المستخدمة في خياطة قاعدة القرحة النازفة إلا في ثلاث حالات ذكر فيها وجود تليف مرافق في منطقة البواب أدى إلى تضيق نسبي فيه .



مخطط (11) يظهر نسبة كل من الإجراءين المستخدمين في تدبير القرحات النازفة في العينة المدروسة

في حالات انسداد مخرج المعدة كان التدبير كما يلي :

	العدد	النسبة
بيلروث II	5	%31,25
GJ + T.V	11	%68,75

الجدول رقم (15)

بالنسبة للمرضى الذين أجري لهم عملية بيلروث II كان 4 منهم بأعمار أقل من 50 سنة والخامس كان بعمر 55سنة ، أي أن التوجه كان لإجراء بيلروث II عند المرضى الأصغر عمراً . مع أن التوصيات تقول إن الإجراء الأفضل هو قطع المبهم مع قطع الغار vagotomy + antrectomy وذلك بغض النظر عن عمر المريض .

ولدى هؤلاء المرضى الذين أجري لهم بيلروث II فقد تم إغلاق جذمور العفج على ثلاث طبقات في 3 حالات ، وفي حالة واحدة تم الإغلاق على طبقتين مع رقعة ثربية داعمة للإغلاق .

تم إجراء المفاغرة المعدية الصائمية بشكل Roux en Y لدى مريض واحد من المرضى الذين أجري لهم بيلروث II .

تم إجراء مفاغرة براون بين العروة الصادرة والواردة خلال العمل الجراحي البدئي في عملية واحدة فقط .

في المرضى الذين أجري لهم مفاغرة معدية صائمية دون إجراء بيلروث II أجريت المفاغرة بشكل Loop في ثمانية مرضى ، وأجريت بشكل Roux en Y في ثلاثة مرضى .

الاختلاطات :

حدثت اختلاطات بعد العمل الجراحي لدى 20 مريضاً من المرضى بشكل عام أي بنسبة 39%.

وكانت تفاصيل الاختلاطات كما يلي :

أولاً – الانثقاب : كان عدد المرضى الذين حصل لديهم اختلاطات 10 من أصل 30 مريضاً وكانت التفاصيل كما يلي :

الاختلاط	العدد	نوع العمل الجراحي		النسبة من مرضى الانثقاب ككل
		رقعة ثربية فقط	رقعة ثربية + GJ+ TV	
انتان الجرح	7	6	1	%23.3
اندحاق الجرح	4	3	1	%13,3
التسريب مع تجمع سائلي داخل البطن	2	1	1	%6,66
انتان تنفسي	1	1	–	%3,33
وفاة	2	1	1	%6,66

الجدول رقم (16)

علماً أن حالتي الوفاة ترافقتا مع انتان الجرح والذي تحول إلى تسمم دم وصدمة انتانية ، وكان عمرا المريضين 71 سنة ،76 سنة .

ثانياً – النزف :

كانت الاختلاطات في حالات النزف كمايلي :

	العدد	نوع العمل الجراحي		النسبة
		بيلروث II	خياطة قاعدة القرحة+GJ+TV	
انتان الجرح	3	1	2	%33,3
نكس النزف	1	–	1	%11,11
وفاة	1	–	1	%11,11

الجدول رقم (17)

الحالة التي حدث فيها النكس كان قد أجري فيها خياطة لقاعدة القرحة مع TV مع مفاغرة معدية صائمية وقد تم تحويلها بعد النكس إلى بيلروث II . حالة الوفاة تعرض فيها المريض لإنتان الجرح أولاً ثم حدث لديه تجرثم دم وحصلت الوفاة بسبب الصدمة الإنتانية.

ثالثاً – الانسداد :

	العدد	نوع العمل الجراحي		النسبة
		بيلروث II	TV+GJ	
انتان الجرح	6	2	4	%37,5
اندحاق	2	–	2	%12,5
تسريب من جذمور العفج	1	1	–	%6,25
قصور كلوي	1	–	1	%6,25
وفاة	2	1	1	%12,5

الجدول رقم (18)

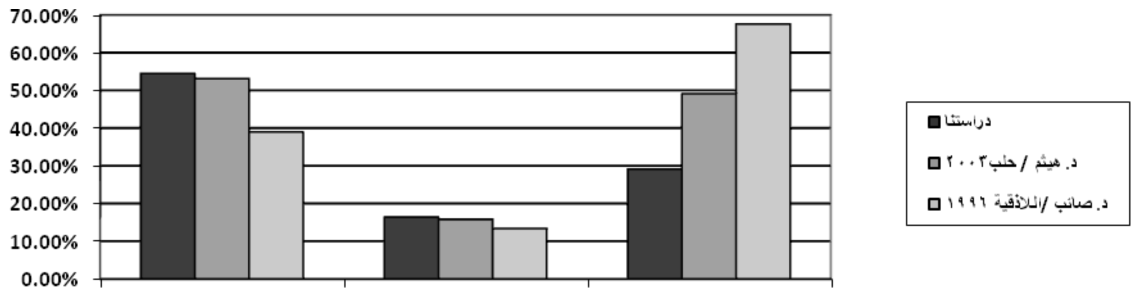
في حالة التسريب من جذمور العفج هنا تمت مراقبة المريض حيث كان قد وضع مفجر قرب جذمور العفج أثناء العمل الجراحي الأساسي ، وقد تراجع التسريب تدريجياً خلال 12 يوماً .

الباب الثالث : مقارنة النتائج مع نتائج الدراسات الأخرى

المقارنة حسب نسبة كل اختلاط :

	دراستنا		دراسة د. هيثم /حلب 2003		دراسة د.صائب/اللاذقية1996	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
الانثقاب	30	%54,5	20	%35,08	32	%39
النزف	9	%16,4	9	%15,79	11	%13,4
الانسداد	16	%29,1	28	%49,12	39	%67,6
المجموع	55		57		82	

الجدول رقم (19)



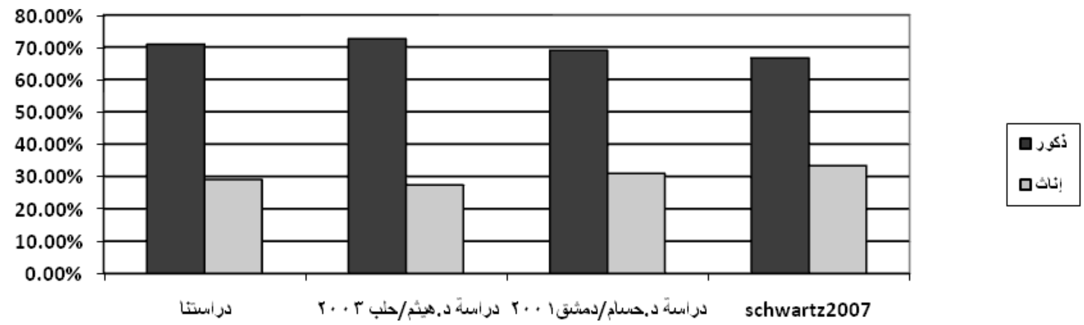
مخطط (12) لمقارنة نسبة كل من الاختلاطات في الدراسات الثلاث

نلاحظ تراجع نسبة انسداد مخرج المعدة عبر التسلسل الزمني لكل من الدراسات الثلاث وهذا يعود إلى تطور المعالجات الدوائية المستخدمة لتدبير القرحة الهضمية بشكل عام ، بالإضافة إلى زيادة الوعي الصحي وتوفر وسائل التشخيص والمعالجة في المجتمع بشكل عام .

المقارنة حسب الجنس :

	دراستنا	دراسة د.هيثم/حلب 2003	دراسة د.حسام/دمشق2001	Schwartz 2004
ذكور	%70,9	%72,6	%69	%66,6
إناث	%29,1	%27,4	%31	%33,3

الجدول رقم (20)



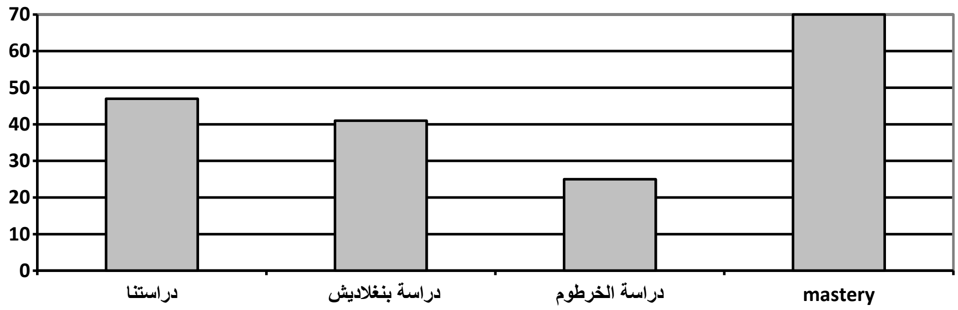
مخطط (13) يظهر نسبة حدوث الاختلاطات حسب الجنس

نلاحظ أن النسب متقاربة بشكل عام حيث تكون الإصابات أشيع عند الذكور بمرتين من الإناث.

مقارنة متوسط الأعمار لكل اختلاط :

– في النزف كان متوسط الأعمار 53 سنة أي في العقد السادس ، وهو مماثل لماذكر في كتاب Maingot's Abdominal Operations2007 حيث متوسط أعمار مرضى الانثقاب يكون في العقد السادس .

– بالنسبة للانثقاب الناتج عن القرحة العفجية فإن متوسط أعمار المرضى هو 67 سنة بالنسبة للذكور و 77 للإناث وذلك حسب كتاب Mastery in Surgery2007 أما في دراستنا فهو 47 سنة ، كما أنه لدينا دراسة من بانغلادش من جامعة راجاشاهي ومتوسط أعمار مرضى الانثقاب فيها يبلغ 41 سنة وهو قريب من متوسط الأعمار لدينا ، أيضاً لدينا دراسة من السودان متوسط أعمار مرضى الانثقاب فيها كان 20–30 سنة وهي أقل بكثيرمن متوسط الأعمار لدينا .



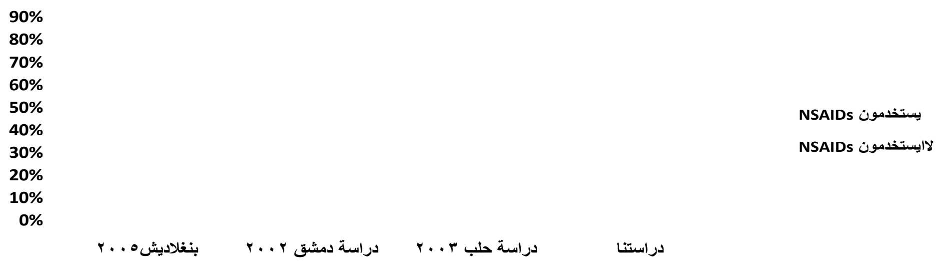
مخطط (13) يظهر مقارنة متوسط أعمار المرضى في حالات الانثقاب بين الدراسات المختلفة

نلاحظ أن متوسط الأعمار لدينا وفي الدراسات المأخوذة من دول العالم الثالث أقل بكثير من متوسط الأعمار في الدراسة الغربية والسبب غالباً يكمن في غياب التشخيص السابق لحدوث الاختلاط وعدم الالتزام بالمعالجات الدوائية للقرحة الهضمية بالإضافة إلى الاستخدام العشوائي المتزايد لمضادات الالتهاب اللاستيروئيدية .

نسبة مستخدمي : NSAIDs

	دراستنا	دراسة د.هيثم حلب2003	دراسة د.أنس دمشق2002	دراسة من بنغلاديش(12)	شوارتز 2004
يستخدمون NSAIDs	%43,7	%32	%34	%13	%50<
لايستخدمون NSAIDs	%56,3	%68	%66	%87	%50>

الجدول رقم (21)



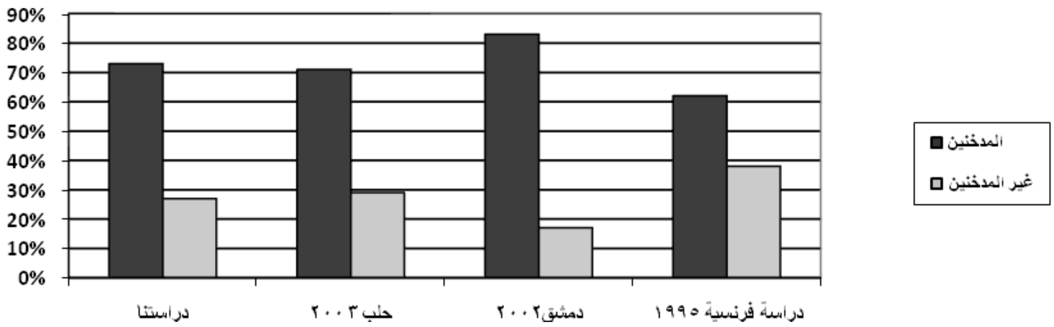
مخطط(14) يظهر نسبة من يستخدمون NSAIDs مقابل الذين لايستخدمونها في الدراسات المحلية

نجد أنه بمقارنة الدراسات المحلية يوجد ارتفاع في نسبة المرضى الذين يستخدمون NSAIDs بين مرضى القرحة الهضمية المختلطة ، وهذه الزيادة تتماشى مع زيادة النسبة العالمية . ففي مرجع شوارتز كانت نسبة مستخدميNSAIDs بين مرضى القرحة الهضمية المختلطة 30% في الطبعة السابعة 1999 . أما في الطبعة الثامنة 2004 فكانت النسبة أكبر من 50% ، وهذا يعود إلى زيادة انتشار هذه الأدوية في المجتمع والاعتماد عليها في حالات مرضية مختلفة .

مقارنة نسبة المدخنين :

	دراستنا	دراسة د.هيثم/حلب 2003	دراسة د.أنس/دمشق2002	دراسة فرنسية(9)
مدخنين	%73	%71	%83	%62
غير مدخنين	%27	%29	%17	%38

الجدول رقم (22)



مخطط (15) لنسبة المدخنين في الدراسات المختلفة

نجد أن نسبة المدخنين متقاربة في الدراسات المحلية ، وهي أعلى بقليل من النسبة في الدراسة الأوروبية . ولكن بشكل عام هناك اتفاق على أن التدخين هو من العوامل المؤهبة وبشدة لحدوث القرحة الهضمية وأيضاً لحدوث اختلاطات القرحة الهضمية .

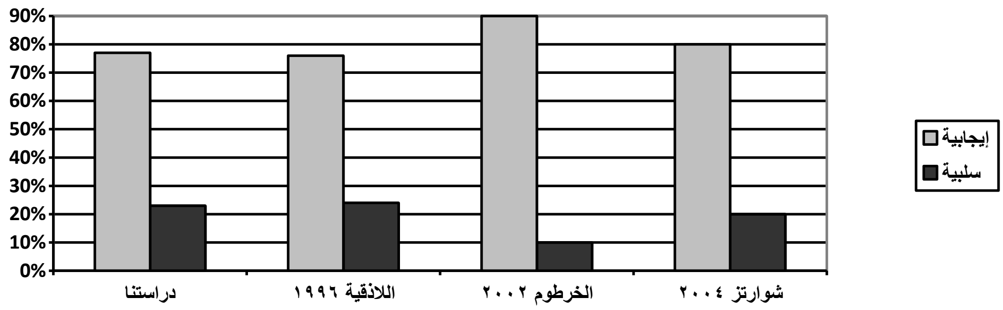
مقارنة الوسائل التشخيصية :

- في حالة الانثقاب القرحي :

الوسيلة التشخيصية الأساسية للانثقاب القرحي كانت صورة الصدر مع إظهار القبتين وكانت نتيجة المقارنة مع الدراسات المتوفرة كمايلي :

	دراستنا	دراسة د.صائب/اللاذقية1996	دراسةجامعة الخرطوم(10)	شوارتز2004
إيجابية	%77	%76	%90	%80
سلبية	%23	%24	%10	%20

الجدول رقم (23)



المخطط(16) مقارنة نسبة الإيجابية والسلبية على صورة الصدر مع إظهار القبتين بين الدراسات المختلفة

نجد أن نسبة الإيجابية متقاربة في الدراسات المختلفة حيث تشكل صورة الصدر مع إظهار القبتين الوسيلة التشخيصية الأساسية في حالة انثقاب حشا أجوف بشكل عام ومنها حالة الانثقاب القرحي .وهي وسيلة بسيطة ومتوفرة في كافة المراكز ، وقراءة الموجودات عليها أيضاً غير معقدة ، ولكن يجب عدم الاعتماد عليها كلياً بسبب وجود نسبة من السلبية الكاذبة ، أي أننا يجب أن نعتمد بشكلٍ أساسي على الفحص السريري الذي يمكن أن يدفعنا لاستخدام الوسائل التشخيصية الأخرى الأكثر تكلفةً والتي تفيدنا في حالات السلبية الكاذبة للصورة البسيطة.

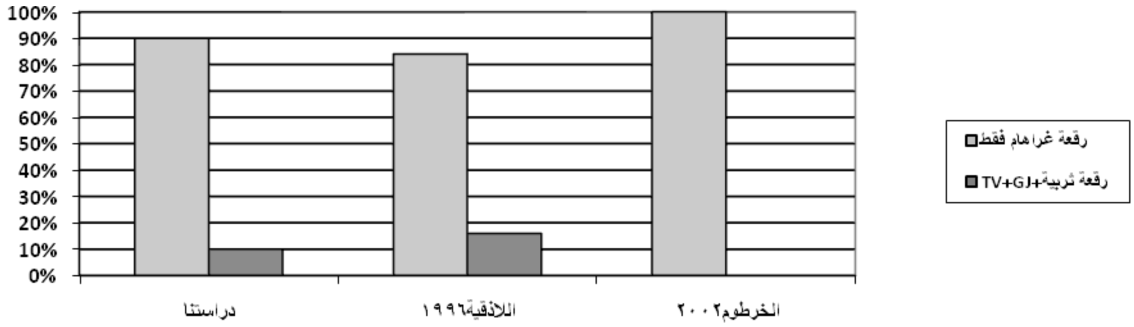
– في حالات الانسداد والنزف كان التنظير الهضمي العلوي هو الوسيلة التشخيصية في كافة الدراسات والمراجع المتوفرة .

<u>الإجراءات الجراحية المتبعة :</u>

– في الانثقاب كانت الإجراءات الجراحية المتبعة كمايلي :

	دراستنا	د.صائب/ اللاذقية 1996	جامعة الخرطوم (10)
رقعة غراهام فقط	%90	%84	%100
رقعة غراهام + TV + GJ	%10	%16	–

الجدول رقم (24)



المخطط (17) مقارنة الإجراءات الجراحية المتبعة في حالات الانثقاب القرحي في الدراسات المختلفة .

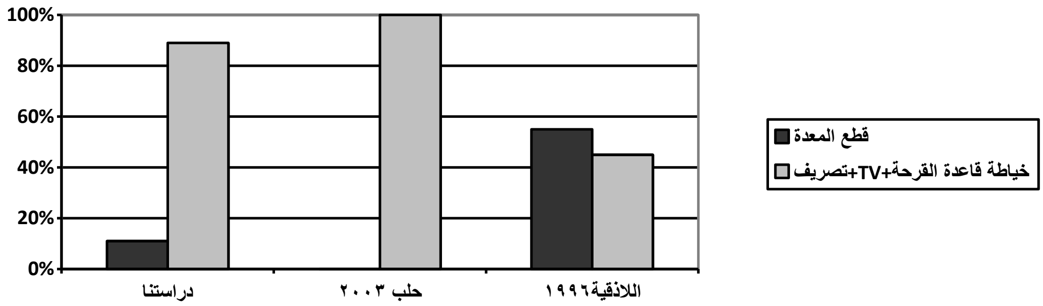
نجد أن النسب متقاربة بين الدراسات الثلاث حيث أن التوجه الحالي كما ذكرنا سابقاً يسير بشكل عام نحو إغلاق الثقب برقعة ثربية فقط دون أي إجراء مرافق لتقليل الإفراز الحمضي ، وهذا ماوجدناه في كافة المراجع المتوفرة.

– في حالات القرحة العفجية النازفة كانت مقارنة التدبير الجراحي كما يلي :

	دراستنا	د.هيثم/حلب2003	د.نصير/اللاذقية1996
بيلروث II	%11	–	%54,5
خياطة قاعدة القرحة+GJ+T.V	%89	%100	%45,5

الجدول رقم (25)

نلاحظ أن النسبة متقاربة في دراستين ولدينا دراسة مختلفة عنهما بشدة ، لكن كافة المراجع الحديثة المتوفرة لدينا تجمع على أنه من الأفضل اتباع الإجراء الجراحي الأبسط مع إعطاء المعالجة الدوائية لعلاج الخمج بالملوية البوابية بعد العمل الجراحي ، وخاصة أن معظم المرضى الذين يحتاجون إلى المعالجة الجراحية لتدبير القرحة النازفة هم من كبار السن ويكونون بحالة عامة سيئة . (2)



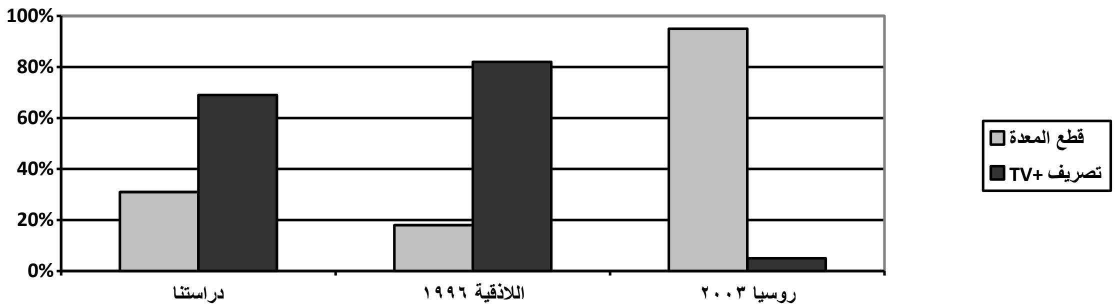
المخطط (18) مقارنة التدبير الجراحي للقرحة العفجية النازفة

– في حالات القرحة العفجية السادة كانت نتائج المقارنة للتدبير الجراحي كمايلي :

	دراستنا	د.نصير/اللاذقية 1996	دراسة روسية (11)
قطع المعدة	%31	%18	%95
T.V + تصريف	%69	%82	%5

الجدول رقم (26)

نجد أنه في الدراسة الروسية تم العمل بالتوصيات المذكورة بالمراجع والتي تقول بأنه يفضل إجراء قطع الغار مع خزع المبهم عند إمكانية ذلك لتدبير انسداد مخرج المعدة القرحي .



مخطط(19) لمقارنة التدبير الجراحي للقرحة العفجية السادة

مقارنة الاختلاطات :

في حالة الانثقاب كانت مقارنة الاختلاطات كما يلي وذلك لحالات الإغلاق بالرقعة الثربية فقط :

في دراستنا كان لدينا 30 حالة قرحة عفجية مثقوبة تم تدبير 27 منها بإغلاق الثقب بالرقعة الثربية فقط دون أي إجراء مرافق

	دراستنا	د. هيثم/حلب 2003	دراسة من بنغلاديش(12)	Mastery 2007
انتان الجرح	%22	%7	%14	
اندحاق الجرح	%18	–	%9,5	
اختلاط تنفسي	%3,7		%19	
التسريب مع تجمع سائلي داخل البطن	%3,7	%7	%19	%7,5
وفاة	%3,7	%3,5	%2	%15

الجدول رقم (27)

نلاحظ أن نسبة الوفيات في دراستنا وفي الدراستين اللتين أجريتا في حلب وبنغلاديش كانت أقل من نسبة الوفيات في الدراسة الغربية ، ولكن إذا عدنا إلى مقارنة متوسط أعمار المرضى نجد انه في نفس المرجع كان متوسط العمار أكبر بحوالي 20 سنة من متوسط الأعمار في الدراسات الثلاث الأخرى، حيث أن نسبة الاختلاطات ونسبة الوفيات تزداد بوجود العوامل التالية :

- عمر المريض >60 سنة .
- حجم الثقب >5 ملم .

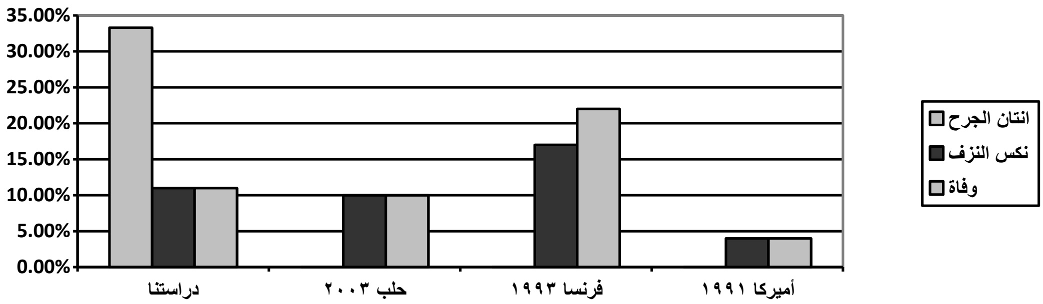
- انخفاض الألبومين لدى المريض .
- علامات الصدمة عند مراجعة الإسعاف الجراحي .
- زيادة الفترة بين حدوث الانثقاب والتداخل الجراحي .

في حالات القرحة العفجية النازفة كانت مقارنة اختلاطات التدبير الجراحي كمايلي :

	دراستنا	د.هيثم/ حلب 2003	دراسة فرنسية (9)	دراسة أميركية (14)
انتان الجرح	%33,3	–	–	
نكس النزف	%11,11	%10	%17	%3,7
وفاة	%11,11	%10	%22	%3,7

الجدول رقم (28)

علماً أنه في الدراسة الأميركية كان قد أجري لكافة المرضى خزع مبهم عالي الانتقائية بالإضافة إلى خياطة قاعدة القرحة ، بينما في الدراسات الثلاث الأخرى تمت خياطة قاعدة القرحة النازفة مع خزع مبهم جذعي وإجراء تصريفي .



مخطط (20) لمقارنة الاختلاطات بعد العمل الجراحي لتدبير القرحة العفجية النازفة

في حالة القرحة العفجية السادة كانت مقارنة الاختلاطات بالنسبة للحالات التي تم تدبيرها بقطع المبهم مع المفاغرة المعدية الصائمية كما يلي :

	دراستنا	د. نصير/اللاذقية 1996
انتان الجرح	%36	%25
اندحاق	%18	%15
قصور كلوي	%9	–
وفاة	%9	%20

الجدول رقم (29)

الخلاصة

- شملت الدراسة 55 حالة لمرضى راجعوا مشفى حلب الجامعي أو مشفى الكندي التعليمي بسبب أحد اختلاطات القرحة العفجية التي تستدعي التدبير الجراحي وذلك في الفترة الزمنية الممتدة بين عامي 2004– 2009 م .

وقد كانت نسبة كل من الاختلاطات كما يلي :

الانثقاب القرحي 54,5% النزف 16,45% الانسداد 29,1%

- بلغت نسبة الذكور بين مرضى العينة المدروسة 70,9% مقابل 29,1% للإناث .

- متوسط أعمار المرضى كان وحسب كل اختلاط كمايلي :

الانثقاب 47 سنة النزف 53 سنة الانسداد 55 سنة

- نسبة المدخنين بين مرضى العينة المدروسة كانت 72,8% . ونسبة المرضى الذين يتناولون مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية 43,7% .

- بالنسبة لتدبير الاختلاطات فكان مختلفاً حسب كل اختلاط :

في حالات الانثقاب كان التدبير بالرقعة الثربية فقط في 90% من الحالات و بالرقعة الثربية مع قطع المبهم الجذعي والمفاغرة المعدية الصائمية في 10% من الحالات .

في حالات القرحة العفجية النازفة كان التدبير الجراحي موزعاً بين استئصال الغار وإعادة الاستمرارية بطريقة بيلروث II في 11% من الحالات بينما تم تدبير 89% من الحالات بخياطة قاعدة القرحة مع قطع المبهم الجذعي و إجراء تصريفي .

في حالات الانسداد تم تدبير 31% من الحالات باستئصال الغار وإعادة الاستمرارية بطريقة بيلروث II ، وتم تدبير 68% من المرضى بإجراء قطع مبهم جذعي مع مفاغرة معدية صائمية.

Summary

- This study included 55 patients who complained from complications of duodenal ulcer and were treated surgically in Aleppo University Hospital or in Al Kindi Teaching Hospital In Aleppo .

- The percentage of every complication was :

Perforation 54.5% hemorrhage 16.5% obstruction 29%

- Percentage of males was 71% vs. 29 % for females.

- the mean age for every complication was : 47years for perforation , 53years for hemorrhage , and 55years for obstruction .

- The percentage of smokers among our patients was 72.8% . And NSAIDs users consisted 43.7% of our patients .

- In the cases of perforation , management was by omental patch in 90% of cases , and by omental patch plus vagotomy and drainage in 10% .

- The management of hemorrhage was by Bilroth II in 11% of cases , and by oversewing of the base of the bleeding ulcer plus vagotomy and drainage in 89% .

- The management of obstruction was by antrectomy and Bilroth II reconstruction in 31% of cases and by vagotomy plus gastrojeujenostomy in 69% of cases .

التوصيات

1- ضرورة الاهتمام بالأرشفة واستخدام الحاسوب في ذلك لتسهيل الحصول على المعلومات اللازمة للبحث العلمي من ملفات المرضى القديمة .

2- ضرورة توعية أفراد المجتمع بشكل عام إلى أهمية مراجعة الطبيب عند الإحساس بأي أعراض حتى ولو كان المريض قادراً على تحملها ، والالتزام بالعلاجات والنصائح التي يقدمها الأطباء وذلك لتفادي تطور هذه الأعراض إلى اختلاطات خطيرة .

3- التأكيد على ضرورة الابتعاد عن التدخين بسبب تأثيراته الضارة على الجسم بشكل عام ، ولدى مرضى القرحة الهضمية بشكل خاص كونه عامل خطورة أساسياً في تشكل القرحة وحدوث الاختلاطات .

4- توعية أفراد المجتمع إلى عدم تناول الأدوية بشكل عشوائي وخاصة مضادا الالتهاب اللاستيروئيدية بالنسبة لمرضى القرحة الهضمية كونها تلعب دوراً هاماً في حدوث الاختلاطات.

5- أهمية الفحص السريري في التشخيص وتقرير العمل الجراحي وخاصة في حالات الانثقاب القرحي حيث وجدنا أنه هناك سلبية كاذبة في الاستقصاءات الشعاعية المستخدمة .

6- إدخال التنظير البطني Laparoscopy إلى قسم الإسعاف في مشفى حلب الجامعي واستخدامه في تشخيص وتدبير حالات البطن الحادة .

7- التأكيد على التوجه الحالي في كافة المراجع إلى اعتماد الإجراء الجراحي الأسرع والأسلم لتدبير الاختلاطات الإسعافية للقرحة العفجية .

المراجع الأجنبية

- 1- Ropert J.Paker , Josef E.Fisher , **Mastery in Surgery** , 5th edition, 2007.
- 2- **Sabiston Textbook of Surgery** , 17th edition , 2004 .
- 3-Michael J.Zinner , Stanely W.Ashley**, Maingot's Abdominal Operations** , 11th edition , 2007 .
- 4- Joun L.Cameron , **Current Surgical Therapy** , 8th edition , 2008 .
- 5- **Surgical Clinics of North America** n85 , 2005, XI – XII , Gastric Surgery .
- 6- Chummy S.Sinnatamby , **Last's Anatomy Regional and Applied** , 2004.
- 7- F.Charls Brunicardi and others , **Shwartz's Principls of Surgery** , 8th edition 2005 .
- 8- Maechael W.Mullholland , **Complications in Surgery** , 2006 .
- 9- French association for surgical research , **Emergency Surgical Treatment for Bleeding Duodenal Ulcer** , 1993 .
- 10- Kharoum Medical Journal (2008) Vol. 01, No. 02 pp. 62-64 , **Perforated peptic ulcer in Khartoum .**

- 11- World Jurnal of Surgery ,vol 27,no5,2003 **,Surgical treatment of gastric and duodenal ulcer disease with chronic duodenal obstruction** . Moscow, Russia ,
- 12- The Journal of Teachers Association , RMC, Rajshahi , Bangladesh, **Early Complications of Suture Closure of Perforated Duodenal Ulcer** : A Study of 100 Cases, 2005 .
- 13- World Jurnal of Surgery ,vol 21,no3,1997 ,**Peptic ulcer hemorrhage in Tartu Counly**, Estonia , Finland .
- 14- Am J Surg 1991 ,**Proximal gastric vagotomy in the emergency treatment of bleeding duodenal ulcers** (discussion).

المراجع العربية

- 15- اتحاد الأطباء العرب ، 1983 ، المعجم الطبي الموحد ، الطبعة الثالثة .
- 16- أ.د جبرائيل مهنا – د. صائب نصير ، 1996 – المعالجة الجراحية للقرحة العفجية (رسالة دراسات عليا) .
- 17- أ.د عصام العجيلي – د.أنس الكسم ، 2002– القرحة الهضمية المنثقبة (رسالة دراسات عليا) .
- 18- أ.د معاوية عبد الهادي – د.حسام محمد العطرات ، 2001 – تدبير القرحات الهضمية السادة (رسالة دراسات عليا) .
- 19- أ.د نهاد محلي – د. هيثم الويسي ، 2003 ، التدبير الجراحي لاختلاطات القرحة الهضمية (رسالة دراسات عليا) .